

**VARIACIONES EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA  
RELACIONADA CON LA SALUD POR DIFERENCIAS EN EL ACCESO A  
LOS SERVICIOS DE SALUD, EN LA POBLACION USUARIA AFILIADA A  
LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO DE BOGOTÁ**

**LINA MARÍA HUÉRFANO REY**

**Tutor:  
Dr. Martín E Romero**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social  
Maestría en Salud Pública  
Bogotá D.C., 2014**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.1 ANTECEDENTES .....	8
1.2 HIPÓTESIS .....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
1.4 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
2. MARCO DE REFERENCIA.....	17
2.1 ESTADO DEL ARTE .....	17
2.2 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL .....	20
2.2.1 Acceso a los servicios de salud.....	26
3. METODOLOGÍA.....	29
3.1 TIPO DE ESTUDIO .....	29
3.2 POBLACIÓN.....	30
3.3 MUESTRA .....	30
3.3.1 Tipo de muestra .....	30
3.3.2 Tamaño de la muestra .....	31
3.3.3 Criterios de inclusión .....	34
3.3.4 Criterios de exclusión.....	35
3.3.5 Variables .....	35
3.4 INSTRUMENTOS .....	38
4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION.....	40
5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN. ....	42
6. ASPECTOS ÉTICOS .....	42
7. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	43
7.1 Análisis descriptivo de las características de la población para el régimen .....	43
7.2 Análisis descriptivo de las características de la población para el régimen subsidiado. ...	45
7.3 Comparación de los resultados entre la población del régimen contributivo y el régimen subsidiado .....	46
7.4 Análisis de la Escala Visual análoga (EVA) en la población afiliada al régimen contributivo. ....	51
7.5 Análisis de la Escala Visual análoga (EVA) en la población afiliada al régimen subsidiado. ....	51

7.6 Análisis comparativo de la Escala Visual análoga (EVA) entre estudios previos y el actual.	52
7.7 Análisis comparativo de la Escala Visual análoga (EVA) entre regímenes de salud y características generales.	54
7.8 Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud según el estado de salud para el régimen contributivo.	56
7.9 Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud según el estado de salud para el régimen subsidiado.	59
7.10 Análisis comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud según el estado de salud para ambos regímenes.	61
7.11 Análisis del promedio de la EVA según presencia o ausencia de enfermedad para cada dimensión con nivel de severidad.	64
7.12 Análisis de acceso a servicios de salud para el régimen contributivo	65
7.13 Análisis de acceso a servicios de salud para el régimen subsidiado.	66
7.14 Análisis de acceso a servicios de salud comparando ambos regímenes.	67
7.15 Análisis de los estados de salud encontrados en el régimen contributivo.	71
7.16 Análisis de los estados de salud encontrados en el régimen subsidiado.	73
7.17 Análisis de calidad de vida relacionada con la salud (EVA) y nivel de acceso	74
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
9. BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	86

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Definiciones, de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). .....	21
Tabla 2. Dimensiones del modelo contextual.....	25
Tabla 3. Valores de la EVA en estudios previos. ....	33
Tabla 4. Definición y operacionalización de variables .....	35
Tabla 5. Recolección de encuestas por régimen de salud y centro de atención. ....	41
Tabla 6. Comparativo de la población en estudio según régimen de afiliación (contributivo, subsidiado) por características generales.....	46
Tabla 7. Datos de la EVA para el total de la población encuestada por régimen de afiliación. ....	52
Tabla 8. Comparación de medias para el análisis estadístico. ....	53
Tabla 9. Nivel de asociación entre el estudio actual y estudios previos a través de la EVA. ....	53
Tabla 10. Resultado de EVA por régimen y características generales.....	54
Tabla 11. Evaluación del estado de salud por dimensión para el grupo de estudio en el régimen contributivo.....	56
Tabla 12. Evaluación del estado de salud por dimensión para el grupo de estudio en el régimen subsidiado. ....	59
Tabla 13. Comparativo de la evaluación del estado de salud por dimensión para ambos regímenes. ....	62
Tabla 14. Promedio de EVA según la severidad del estado de salud y la ausencia o presencia de enfermedad.....	64
Tabla 15. Nivel de acceso encontrado para cada uno de las condiciones analizadas para cada régimen de salud (contributivo, subsidiado).....	67
Tabla 16. Análisis de EVA, de acuerdo al nivel de acceso, para cada uno de los regímenes teniendo en cuenta las características generales de cada población. ....	75

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo contextual de CVRS .....	23
Figura 2. Adaptación de estructura para el análisis de acceso basada en el modelo de Aday & Andersen. ....	28

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Distribución por rango de edad y sexo para el régimen contributivo. ....	44
Gráfica 2. Distribución por rango de edad y sexo para el régimen subsidiado. ....	45
Gráfica 3. Comparación por rango de edad, sexo y régimen de salud. ....	49
Gráfica 4. Entidad a través de la cual se obtuvo el último servicio de salud en el régimen contributivo con póliza adicional de salud. ....	50
Gráfica 5. Distribución de los estados moderados y graves en cada dimensión para el grupo de población del régimen contributivo. ....	58
Gráfica 6. Distribución de los estados moderado grave y extremo en cada dimensión para el grupo de población del régimen subsidiado. ....	61
Gráfica 7. Comparativo de la percepción de acceso, entre el grupo de enfermos del régimen subsidiado y el grupo de enfermos del régimen contributivo. ....	70

# **VARIACIONES EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD POR DIFERENCIAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, EN LA POBLACION USUARIA AFILIADA A LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO DE BOGOTÁ**

## **INTRODUCCIÓN**

La calidad de vida (CV) es un concepto amplio que surge en el siglo XX con el fin de evaluar la satisfacción que los individuos muestran ante las condiciones en las que viven; reconociendo que este concepto depende de la relación que exista entre cada ámbito en el que se relacionan las personas. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la CV es definida como: “La percepción de los individuos sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en el que viven, y en relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (1997). Adicionalmente, esta organización delimitó los ámbitos que influyen en ella, como salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, trabajo, libertad, ocio y espiritualidad.

La delimitación de las áreas que componen este concepto, permitió desarrollar uno más específico, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), término que es utilizado cuando se habla de CV en el trascurso del proceso salud-enfermedad, que evalúa la percepción de la persona y el impacto que puede provocar la enfermedad y el tratamiento sobre el sentimiento de bienestar y sus capacidades (Urzúa, 2010).

El presente trabajo está basado en el concepto de CVRS y un modelo teórico amplio, denominado, modelo contextual, este modelo es desarrollado teniendo en cuenta las diferentes esferas en las que se desenvuelve el individuo, como lo son la cultural, el ámbito social, económico, demográfico, además del estado general de salud. Adicionalmente, este modelo menciona la influencia que tiene el sistema de salud al que pertenece el individuo sobre este, específicamente menciona que dentro del componente está el acceso a los servicios de salud y lo relaciona con la medición de la CVRS.

El modelo contextual propuesto por Ashing-Giwa (2005) es la base de esta investigación, ya que se reconoce que el acceso a los servicios de salud puede influir en el concepto de la CVRS.

Para la evaluación de la CVRS fue usada la escala EQ5D-5L, usualmente implementada para la valoración de este concepto. Esta investigación únicamente usará dos de los tres componentes que hacen parte de esta escala, debido a la falta de validación del índice para la población colombiana, lo cual limita la medición, ya que no se tiene la valoración social de los estados de salud evaluados con este instrumento. Se contará entonces con la autoevaluación del estado de salud realizada a través del componente de la escala visual análoga (EVA) y el análisis descriptivo de la situación de salud del EQ5D-5L. Estos componentes ayudan a determinar de manera ordinal la medida de CVRS.

Para el análisis de acceso se tiene en cuenta el modelo propuesto por Aday y Andersen (1974), en el cual se plantea que para analizar el acceso hay que considerar aspectos como: la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario, luego de recibir la atención en salud. Este análisis fue medido a partir de preguntas cerradas que tenían como objetivo evaluar las variables de proceso y variables de resultado que se dan durante la necesidad de atención y la atención propiamente dicha, buscando analizar el uso real de los servicios y la satisfacción percibida.

Dado que en Colombia el sistema de salud está fraccionado en dos regímenes de afiliación (contributivo y subsidiado), basados en la capacidad de pago de la población, y que esta división hace que exista por sí misma una desigualdad en el acceso al servicio de salud; se evaluaron las diferencias en la percepción de la CVRS de la población afiliada a estos dos regímenes de salud en Bogotá, y como el acceso influye en esta medida.

**Palabras clave:** calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), acceso, servicios de salud, sistema de salud, percepción, salud pública, EQ5D-5L, EVA.

# **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 Antecedentes**

Desde el momento en que la OMS define la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad” (WHO, 1946), reconoce que la salud es un estado dinámico que es afectado por múltiples factores, los cuales deben ser tenidos en cuenta para poder conocer el estado de salud real de la población.

Como resultado del concepto holístico que ofrece la OMS, cuando define la salud, se ha planteado entonces el concepto de CV como indicador de las condiciones reales en que vive el pueblo (Naciones Unidas, 1961). Desde ese entonces se reconoció que para conocer el nivel de vida, como fue denominado en ese momento, era necesario proceder a la medición de aspectos o partes claramente delimitadas de las condiciones generales de vida, las cuales podían ser expresadas cuantitativamente. Para esto era necesario medir cada esfera, salud, nutrición, vivienda, condiciones de empleo, educación, como componentes del nivel de vida.

Aunque en ese entonces la discusión solamente sirvió para establecer los indicadores de salud como mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, fue el primer acercamiento a una medida específica del nivel de vida y su relación con la salud.

Si bien es cierto que indicadores como esperanza de vida al nacer indiscutiblemente han aumentado en muchos países, no se ha podido establecer que las transformaciones políticas, sociales, económicas y, por supuesto, los cambios en los sistemas de salud, y las circunstancias en las que vive la humanidad se vean reflejadas positivamente en las condiciones de vida (Schwartzmann, 2003). Los indicadores de salud existentes no reflejan en realidad cómo las circunstancias en las que se desenvuelven los individuos afectan su estado de salud y su nivel de vida.



Es entonces cuando surge el concepto de CVRS, con el fin de establecer si los años de vida que han ido en aumento se pueden asociar a una mejor salud y bienestar. De acuerdo a lo anterior, las condiciones de vida que se han ido transformando y que de acuerdo a la OMS, afectan la salud, deben ser medidas en términos de un nuevo indicador que pueda recoger más información del proceso natural de la vida y las condiciones relacionadas con ella.

La CVRS es un término que transmite una sensación general de bienestar, que incluye aspectos de felicidad y satisfacción con la vida en su conjunto y es amplia y subjetiva en lugar de ser específica y objetiva, lo que hace que sea difícil de medir (CDC, 2000).

En la actualidad, el estado de salud es visto por la comunidad científica y por la salud pública como un constructo multidimensional (Patrick, 1993), es decir que debe incluir diversos síntomas y estados fisiológicos, además de las funciones físicas, emocionales y cognitivas y, por supuesto, las percepciones sobre el presente y el futuro de las personas de acuerdo a la salud.

El concepto de CVRS incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. La medida de CVRS, según autores como Patrick y Erickson: “Es la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y la disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud” (1993).

De acuerdo con este planteamiento, la medida puede darnos el grado de bienestar físico, psíquico y social, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir al valor de la vida para cada individuo. La medición de CVRS se realiza a través de instrumentos desarrollados para tal fin, que validan, dan confiabilidad y aportan evidencia científica a la toma de decisiones en salud. Hasta el momento no se reconoce como indicador vital de la condición de salud y como medida para analizar el bienestar de la población, pero sí como herramienta para el análisis que permite demostrar científicamente

el impacto de la CVRS, que va mucho más allá del paradigma que se limita a lo que se puede ver con un microscopio (CDC, 2000).

A nivel mundial la CVRS ha sido tomada en cuenta y en muchos casos es imprescindible para la toma de decisiones relacionadas con el ingreso de nuevas tecnologías de salud a los planes de salud de los países, y se convierte en un importante insumo para determinar la efectividad de los tratamientos.

La medida de CVRS, ha beneficiado a los sistemas de salud de países donde reconocen que los recursos son finitos, y es necesario medir la efectividad de los tratamientos para definir cuál de ellos es la mejor opción. El desenlace que es reportado en estos estudios es la medida de años de vida ajustados por calidad de vida (AVAC), que estima los años que la persona vive en determinada situación de salud, teniendo en cuenta, además de los años, las condiciones de calidad medidas por medio de una escala que va desde cero (muerte) hasta uno (salud perfecta), a través de la asignación de diferentes pesos a los posibles estados de salud en el transcurso de la enfermedad.

Lo que se ha buscado con esta medida es obtener una muestra de las preferencias sociales por condiciones de salud. De esta manera se puede obtener el número de años de vida ajustados por calidad, derivados de una tecnología sanitaria como función de la utilidad relativa de cualquier estado de salud. La unidad común obtenida, es una medida de la utilidad, entendido este concepto en el sentido que se le da en teoría económica (Chicaíza, Molina & Gómez 2013).

En esta investigación, y dado que no se tiene la medida de utilidad de la población colombiana, se emplea la escala EQ5D-5L para obtener una percepción de la calidad de vida, evaluada desde la ordinalidad a través del dato que se obtiene en la EVA, con el fin de analizar si esta ordinalidad evidencia cambios relacionados con el nivel de acceso de las personas que acceden y usan los servicios de salud.

Cabe mencionar que en la actualidad la mayoría de países se encuentran examinando los resultados de las reformas realizadas en la década de los noventa, a los sistemas de salud latinoamericanos y se ha visto la necesidad de tener en cuenta la percepción del paciente (Schwartzmann, 2003). Esto se debe a que el modelo biomédico que es el predominante, ha demostrado un aumento en la supervivencia de las enfermedades y la atenuación y disminución de los síntomas, pero no ha podido evaluar la calidad de los servicios de salud, ni el beneficio para las personas, dejando a un lado el concepto de bienestar como una visión más amplia de la salud. Estos hechos determinan que en esta investigación se promueva el uso de la medida de la CVRS como indicador de percepción de los cambios que viven las personas y que afectan su salud

En Colombia, luego de la reforma de la salud mediante la ley 100 de 1993 y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se generaron profundos cambios en el sistema de salud colombiano, entre ellos, la cobertura total de aseguramiento en salud ascendió. El Ministerio de Salud y Protección Social reporta que a mayo de 2014 existen 42.975.360 afiliados al SGSSS, para todos los tipos de afiliación (Ministerio de Salud y Protección Social SISPRO, 2014). En el régimen subsidiado se encuentra el 52,75 % (22.670.109) de la población afiliada, mientras que en el régimen contributivo existen 47,2 % (20.304.841) (Ministerio de Salud y Protección Social SISPRO, 2014).

Estos resultados permiten reconocer el avance en la cobertura de aseguramiento de la población colombiana, aunque no indica que se hayan superado las dificultades para acceder al servicio de salud cuando se habla del acceso real. Se reconoce que solamente el hecho de que existan diferentes regímenes de afiliación, genera problemas para obtener el servicio.

Siguiendo entonces el modelo de Ashing-Giwa, sería necesario pensar que la medida de CVRS para la población colombiana puede mejorar luego de la ampliación de las coberturas de aseguramiento, indicando el efecto de la política de salud. De igual forma,

esta medida puede ser influenciada por las condiciones de acceso reales que tienen que vivir los afiliados cuando requieren servicios de salud.

En Colombia no existen estudios previos que permitan conocer la medida de CVRS usando la escala EQ5-D-5L. Tampoco se han realizado estudios que evalúen esta medida frente a las condiciones de acceso real a los servicios de salud. Sin embargo, se encuentran estudios como la Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes (ELCA) (Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, 2011), con la que se busca comprender los cambios económicos y sociales de los hogares colombianos con un seguimiento a 12 años. En el año 2011 se da a conocer un análisis descriptivo de esta encuesta, que muestra las primeras conclusiones de este trabajo, encontrando que la población evaluada hasta ese momento, presenta mayores problemas de salud en la zona rural que en la urbana, las mujeres son las que perciben mayores dificultades en su estado de salud, además se encontró que las diferencias socioeconómicas no muestran relación fuerte con presentar problemas de salud en cada dimensión que evalúa el EQ5D-5L.

La ELCA en el capítulo cuatro presenta un análisis descriptivo de las condiciones del sistema de salud y del estado general de salud de la población colombiana adulta, se evalúan en general la cobertura de afiliación al sistema por región, así como el indicador de uso de servicios y las tasas de hospitalización.

La relevancia de dicho estudio para este análisis, radica en que además de las evaluaciones presentadas que se mencionaron en el párrafo anterior, el análisis descriptivo de la ELCA en 2011, presenta estado de salud que perciben las personas mediante el uso de la escala EQ5D-3L. Adicionalmente, se registró el puntaje de la Escala Visual Análoga (EVA), con el que se obtuvo una valoración sencilla del estado de salud de los individuos. Como resultado se encontró que existe una mayor satisfacción y un mayor bienestar percibido en la zona urbana que en la zona rural (Universidad de los Andes, 2011).

Por otra parte, el año pasado se presentaron los resultados preliminares del Estudio prospectivo de la situación de salud y cálculo de una prima ajustada por riesgos para los afiliados a las empresas solidarias de salud (Gestarsalud, 2013), en este estudio se recoge la percepción que el entrevistado tiene sobre su estado de salud, también mediante el formulario EQ5D-3L. En este mismo análisis también se evaluaron las dimensiones que tiene esta escala. Este análisis compara las diferencias entre afiliados a distintas empresas solidarias de salud en cuanto a los problemas de salud presentados en las dimensiones de la escala y el valor medio y las desviaciones de la EVA. Una de las propuestas de esta evaluación es la obtención final de la medida de calidad de vida para la población, mediante la construcción de años de vida ajustados a calidad de vida (QALYs, por sus siglas en inglés), que en la actualidad todavía no ha sido presentada.

En el país se ha extendido el uso de la medida de CVRS a estudios que evalúan CV en pacientes con enfermedades crónicas, debido a que existe un aumento de la población adulta mayor que sufre enfermedades crónicas, lo que causa que la medida clásica de resultados como la mortalidad y morbilidad no sean suficientes para evaluar el bienestar de la población. Lo interesante de este concepto es que permite incorporar la percepción del paciente ante las situaciones que vive y debe desempeñarse. Por esta razón es necesario desarrollar el uso de instrumentos existentes y de nuevas formas de medir la CVRS, que sean válidas y confiables y que aporten evidencia empírica con base teórica en el proceso de toma de decisiones en salud (De Mejía & Merchán, 2007).

Los dos estudios mencionados sirven de guía para la investigación que se presenta en este documento, y los datos obtenidos serán comparados con los resultados de estos dos estudios previos.

Entonces, dado el reconocimiento que se le ha dado a la medida de CVRS, a nivel mundial esta investigación plantea que es necesario reconocer la percepción del individuo en cuanto a su estado de salud, teniendo en cuenta que él es el único que puede conocer los beneficios

o desventajas asociados a los cambios en las condiciones en que se desenvuelve y como afectan su salud.

Aceptando que la percepción es una buena medida para evaluar la CVRS; el modelo contextual soporta la teoría planteada en la hipótesis que generó esta investigación, debido a que como modelo plantea que el acceso a los servicios de salud afecta la medida de CVRS, siendo este concepto novedoso y útil para usarlo en el país donde las dificultades en el acceso se discuten a diario.

Por lo expuesto anteriormente, al sistema de salud colombiano y a la salud pública les debe interesar medir la CVRS, ya que esta es la medida que percibe el individuo de su situación real ante el sistema y de cómo esta percepción se puede ver afectada en función del acceso. Por tanto, este análisis pretende responder la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Existen diferencias en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud, medida con la escala EQ5D-5L (estados de salud y EVA), por las diferencias en la percepción de acceso a servicios de salud, según régimen de afiliación (contributivo o subsidiado) al sistema de salud?

## **1.2 Hipótesis**

La medida de CVRS sí se ve afectada, además de ser diferente de acuerdo al régimen de afiliación al sistema de salud y a la percepción de acceso a los servicios de salud que tengan los usuarios.

## **1.3 Justificación**

El aumento de la esperanza de vida al nacer de la población colombiana ha permitido pensar que esto está asociado a una mejora en las condiciones de vida. Pero a medida que el mundo se desarrolla y la tecnología avanza, los problemas que afectan a las personas son

otros. En la actualidad los individuos se encuentran insatisfechos con los servicios de salud que poseen, dado que muchos no tienen acceso a las tecnologías médicas capaces de controlar la enfermedad que poseen. Pero más allá de la obtención de un tratamiento, las personas desean sentir una sensación de bienestar que les permita afrontar las circunstancias de vida. Los indicadores de salud usados como medida para evaluar la efectividad de los sistemas de salud, no permiten obtener una noción clara de la calidad de vida de la población frente al sistema de salud que pueda medir el bienestar de la población.

Por tanto, la incorporación de la CVRS como una medida necesaria para comprender el estado de satisfacción de las personas en relación a su salud, permite que se incorpore la percepción del paciente, en muchos casos esta evaluación permite conocer el impacto de una enfermedad y del tratamiento sobre la percepción de salud del individuo.

Pero la esencia del concepto radica en reconocer que esta percepción está influenciada por el componente físico, psíquico, social, espiritual y de acuerdo a los valores, el contexto cultural y la historia personal, y que es poco probable que ellas sean capaces de analizar su estado de salud de forma aislada, separándolo de diferentes condiciones y contextos en los que vive.

De acuerdo al modelo contextual (Ashing-Giwa, 2005), situaciones como las que se evidencian en Colombia, donde el sistema de salud funciona de forma fraccionada y la prestación de los servicios depende, en gran medida, de la capacidad de pago que posea el usuario, hace que se mantengan las desigualdades. Lo que da como resultado que las personas de bajos ingresos estén enfrentadas a una peor atención en salud, que aquellos que tienen la capacidad económica de asumir costos adicionales de los servicios de salud.

Siguiendo con la responsabilidad que tiene el sistema de salud, de no sólo mejorar la salud de la población, sino además de responder a las expectativas de los sujetos y brindar protección contra los costos de la mala salud (Rodríguez, 2010), es necesario conocer la percepción que las personas tienen de su CVRS y cómo esta percepción puede ser

influenciada por las características de atención de los servicios de salud, teniendo en cuenta que dentro de estas características se encuentra el acceso.

Así como desde el punto de vista clínico se observa que los pacientes ven influenciado su estado de salud por condiciones como sus creencias religiosas, políticas, condiciones familiares, trabajo y voluntad de vivir, tanto en personas sanas como enfermas que asisten al servicio de salud, se debe ver influenciada su CVRS cuando estas condiciones cambian.

Es entonces cuando la percepción del paciente, frente a la calidad del cuidado, puede ayudar en la evaluación de los servicios de salud y para la toma de decisiones. Lo que la convierte en un indicador de gran ayuda para lograr eficiencia en la entrega de servicios de salud (Schwartzmann, 2003). La medición de CVRS servirá como herramienta e indicador de eficiencia del sistema de salud, permitiendo tomar decisiones en beneficio de la población afiliada. De igual manera, la medida de AVAC en el futuro será indispensable en las evaluaciones económicas de costo efectividad y costo utilidad, evaluando costos y beneficios cuando los recursos son limitados, como en el caso colombiano.

El análisis de la información que se recolecte permitirá, adicionalmente, comprender las deficiencias en el acceso a servicios, que son percibidas por los afiliados al sistema en la ciudad de Bogotá. Esta evaluación converge hacia una de las funciones esenciales en salud pública (FESP) (seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud).

#### **1.4 Objetivo general**

Establecer si existen diferencias en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud por régimen de afiliación y por diferencias en la percepción de acceso a los servicios de salud, en una muestra de población usuaria de los servicios de salud en la ciudad de Bogotá.



## **1.5 Objetivos específicos**

- Describir las características generales y las diferencias entre la población afiliada al régimen contributivo y la población afiliada al régimen subsidiado.
- Establecer la situación de acceso al sistema de salud en personas afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado que usan los servicios de salud.
- Identificar el estado de salud de la población encuestada por régimen de salud, mediante la descripción de dimensiones establecidas en la escala EQ5D-5L.
- Definir la medida de CVRS para personas en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado mediante la EVA.
- Determinar si las dificultades de acceso a los servicios de salud cambian la percepción de CVRS de la población afiliada al sistema en la ciudad de Bogotá que haya usado el servicio durante el último año.
- Proponer un nuevo indicador de salud que evalúe el desempeño del sistema.

## **2. MARCO DE REFERENCIA**

### **2.1 Estado del arte**

Luego de una revisión de la literatura, se encontró que desde el siglo pasado la humanidad comienza a interesarse por el concepto de calidad de vida, pues este permite medir el bienestar en el que vive la población. Dicho concepto fue denominado como Nivel de Vida y presentado como tal en 1961. Este año se concertó el concepto de Nivel de Vida como: “Las condiciones reales en las que vive un pueblo” (Naciones Unidas, 1961). Este fue la base para construir los métodos para medir y evaluar el nivel de vida y sus variaciones en los diversos países, además de la posibilidad de realizar comparaciones a nivel internacional.

De esta reunión nació la idea de medir partes delimitadas de las condiciones generales de vida que representaran cuantitativamente diferentes contextos. Esta medición cuantitativa partía de disímiles componentes que influían en el nivel de vida como vivienda, empleo,

educación y salud. Los componentes se expresaban en indicadores estadísticos concretos. Para el componente de nivel de vida en salud se incluían indicadores como:

- Esperanza de vida al nacer.
- Tasa de mortalidad infantil.
- Tasa bruta de mortalidad anual.

El nivel de esperanza de vida al nacer fue considerado como una de los mejores indicadores del saneamiento del medio ambiente, íntimamente relacionada con el desarrollo económico y social (Naciones Unidas, 1961). Aunque para este momento estos indicadores de salud fueron considerados los más adecuados para medir el nivel de vida en salud, también se realiza la apreciación de no tener fiabilidad en los datos para la construcción de dichos indicadores, lo cual no permitiría un verdadero análisis del nivel de vida en salud. Sin embargo, desde el inicio de esta medición de esperanza de vida, solo se buscaba resumir en un dato, el comportamiento de la salud para una población determinada, siendo poco confiable como indicador de calidad de vida en salud.

Ya en los años 80, cuando se comienza a utilizar el concepto de CV de modo más específicamente en varios ámbitos del desarrollo de la humanidad, se empiezan a considerar dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios (Gómez-Vela, Sabeh, 2004).

Desde ese entonces el término de CV ha tomado diversidad de definiciones, desde: “La calidad de las condiciones de la vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos; es decir, la calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal

ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales” (Gómez-Vela & Sabeh, 2004).

En general, el concepto de CV se relaciona con la forma como los individuos viven y sienten satisfacción con ellos mismo y con el entorno. Si se tiene en cuenta que dentro de esa relación de satisfacción consigo mismo, la salud que se perciba puede influenciar el resultado, se reconoce la CVRS como método para especificar el bienestar que puede sentir el individuo ante la situación de salud en la que se encuentre. Es importante, entonces, diferenciar el concepto de CV y CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas (Urzúa, 2010). Además, debe ser limitado a la experiencia que el paciente tiene ante su condición de salud, caracterizando la experiencia del paciente como resultado de los cuidados médicos o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria (Urzúa, 2010), es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes.

La CV se ha reconocido a través de los años como un concepto amplio, definido como la percepción global de satisfacción en un número de dimensiones claves que influyen en el bienestar (Hörnquist, 1989). Esta definición incluía las causas externas al individuo que pueden modificar su salud. Desde esa época se reconoce que entornos como el de la salud y los sistemas de salud a los que los individuos acceden, pueden modificar la medida de percepción de CV.

Cuando se habla de CVRS, se encuentra una definición tan concreta como la de Patrick & Erickson (1993), donde se menciona que este concepto es el valor asignado a la duración de la vida, y que este valor puede ser modificado por la oportunidad que el individuo tenga ante la sociedad, la percepción, el estado funcional y los inconvenientes provocados por la enfermedad, tratamiento o política de salud. Esta definición hace que se reconozca que este constructo es multidimensional no reparando en los factores externos a la salud propia. La CVRS, entonces, mide el impacto que una enfermedad tienen en el individuo, y los

resultados en las actividades que ejerce este, pero ante todo es una medida de juicio dada por el propio sujeto (Yanguas, 2006).

El modelo teórico base de esta investigación confirma cómo diferentes contextos en los que se desenvuelve el individuo, influyen en el juicio de valor de este concepto, por tanto, y reconociendo que las personas que asisten a los servicios de salud deben sentir que existen dificultades con su estado de salud y requiere atención, la medida de CVRS fue tomada en población que se encontraba en centros de atención de los diferentes regímenes, que aunque no presentaran un diagnóstico confirmado, sentían una necesidad de salud.

El modelo contextual plantea cómo el paciente puede ver afectada la medida de CVRS, debido al sistema de salud o el servicio de salud al que pueda acceder, de acuerdo también a la percepción de satisfacción que tenga frente a este.

## **2.2 Marco teórico y conceptual**

La incorporación del concepto del CVRS, incluye una importante perspectiva, debido a que incorpora la visión del paciente. En la actualidad las diferentes tecnologías dan la posibilidad de aumentar los años de vida de los pacientes, con algún tipo de afección, pero no se ha tenido en cuenta la calidad de ese tiempo adicional que se le ofrece al paciente. Por consiguiente, la necesidad de buscar la atención integral de las poblaciones hace necesario no solamente tener en cuenta indicadores cuantitativos como morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, como se hacía en épocas pasadas, la necesidad creada es la de conocer los costos y el impacto sobre la CV y la satisfacción del paciente (Schwartzmann, 2003).

Cuando se realiza una búsqueda de literatura relacionada con el concepto de CVRS, se encuentra que este se ha trabajado durante los últimos años por diferentes autores. En la Tabla 1 se recogen los diferentes conceptos de CVRS y los autores que los apoyan.

**Tabla 1. Definiciones, de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).**

<b>Autor</b>	<b>Definición</b>
<b>Echtel, van Elderen, van der Kamp</b>	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experiencias, satisfacción con la vida y efectos positivos y la ausencia de efectos negativos.
<b>Awad</b>	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la gravedad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial.
<b>Buke</b>	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular.
<b>Schipper</b>	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencias en la terapia.
<b>Schipper, Clinch y Powell</b>	Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibidos por el mismo paciente.
<b>Bowling</b>	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima.
<b>Shumaker y Naughton</b>	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.
<b>Patrick y Erickson</b>	Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas.
<b>Wu</b>	Aspectos de la salud que pueden ser directamente vividos y reportados por los pacientes.
<b>O'boyle</b>	Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.

Fuente: Urzúa, 2010.

Como se observa en la tabla anterior, la mayoría de los conceptos presentan dentro de ellos la palabra subjetividad, refiriéndose a que está basado en la percepción que tiene el individuo frente a su estado de salud.

La CVRS evalúa los cambios que se presentan debido a intervenciones de tipo médico y los resultados de salud que pueden proveer bienestar (Urzúa, 2010) desde la perspectiva del paciente.

La CVRS se delimita a la experiencia que tiene el paciente de su condición de enfermedad o discapacidad, puede decirse que es una medición de salud desde la perspectiva de los

pacientes (Urzúa, 2010). En realidad, con la medida de CVRS se quiere conocer el impacto de la enfermedad en la vida de los individuos, evaluando la efectividad de los tratamientos (Urzúa, 2010).

El uso de la medida de CVRS permite evaluar una amplia gama de dimensiones en cualquier tipo de pacientes con diferentes patologías en el ámbito poblacional, con el objetivo de comparar las diferentes variaciones del estado de salud, obteniendo un valor cuantitativo que representa un estado de salud (Tuesca, 2012). El estudio de factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, y los diferentes procesos de adaptación a un padecimiento, permitirán reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS de la persona y encarar intervenciones efectivas que promuevan el mayor bienestar posible.

Las evaluaciones de CVRS asumen que la persona es capaz de analizar su estado de salud y tomar decisiones con racionalidad en cuanto a su estado de salud. La economía de la salud permite ubicar las mediciones de CVRS dentro de la función de utilidad donde se resumen las preferencias del individuo sobre el proceso y el resultado. En el contexto de la salud la utilidad se puede definir como "una medida cardinal de la preferencia o conveniencia de un nivel específico del estado de salud" (Torrance, 1987).

Para esta investigación los resultados de la medida solo serán tenidos en cuenta como una medida de ordinalidad, que representa la descripción cuantitativa de un estado siendo 0 el peor estado en la escala y 1 el mejor estado. En el futuro, estos datos podrían tomar una medida cardinal obtenida de las validaciones de la escala mediante evaluación de preferencias por métodos como *time trade off*; pero en este caso específico, solamente ayudarán a realizar un análisis descriptivo de la situación de pacientes que asiste a los servicios de salud.

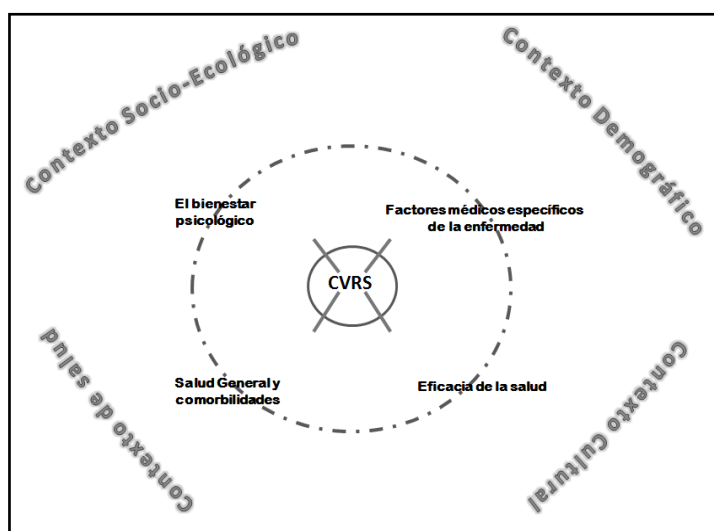
La evaluación de la CVRS se realiza mediante instrumentos genéricos, cuando se requiere analizar la situación en un grupo general de la población, o mediante instrumentos

específicos diseñados para grupos de pacientes que padecen enfermedades puntuales, en los cuales se plantean las dificultades precisas que se presentan en la enfermedad, es decir, que estos instrumentos evalúan áreas o dimensiones de funcionamiento (Urzúa, 2010) que se ven afectadas por la enfermedad.

La estructura de la medida de CVRS generalmente se basa en un modelo contextual que tiene en cuenta múltiples dimensiones (física, funcional, psicológico, social, espiritual y bienestar sexual) relevantes para algunas enfermedades crónicas. El dominio físico incluye lo concerniente a la enfermedad.

En la última década el autor Ashing-Giwa desarrolló un modelo teórico denominado modelo contextual de la CVRS. Este modelo fue planteado para ser utilizado en pacientes sobrevivientes de cáncer, con el fin de entender el impacto esta enfermedad y su tratamiento en personas que sobreviven a ella. El modelo consta de ocho dimensiones, cuatro macro o dimensiones del nivel sistémico y cuatro micro o dimensiones individuales (Leli Pedro, 2010). (Figura 1)

**Figura 1. Modelo contextual de CVRS**



Fuente: Ashing-Giwa, 2005.

Aunque el modelo se planteó en principio para medir la CVRS en pacientes sobrevivientes al cáncer, es un modelo integral teórico amplio que sirve para investigar ciertas áreas de las disparidades de la salud y los factores de riesgo, que afectan la CVRS (Ashing-Giwa, 2005).

Cuando se realiza una revisión teórica del tema, se pueden encontrar otros modelos que desean explicar la teoría de la CVRS, pero cuando se encuentra el modelo contextual se observa la dimensión que toma el concepto y las diversas dimensiones que pueden influenciar esta medida.

El planteamiento radica en la creencia de que la CVRS no solo es una medida cardinal del estado de salud, sino que va más allá y es necesario reconocer que se ve influenciada por las condiciones en las que viven las personas. Cuando el modelo contempla dimensiones en distintos niveles que pueden afectar la medida, se plantea la posibilidad de obtener una medida ordinal obtenida con cualquier escala genérica de evaluación de la CVRS, que puede cambiar por condiciones externas al individuo, y que como no dependen de él, pueden generar mayor insatisfacción en el transcurso de la cotidianidad.

El modelo contextual toma en cuenta la multidimensionalidad en la que se desenvuelve cada individuo, el nivel macro o sistémico incluye dimensiones externas al individuo. De forma muy similar a los modelos que se han desarrollado para estudiar los determinantes sociales de la salud, que afectan y mantienen las inequidades en salud.

El modelo contextual en el nivel macro contiene la dimensión socio-ecológica, el contexto cultural, el contexto demográfico y el contexto de los sistema de salud (Ashing-Giwa, 2005). Y en el nivel micro, relacionando esta denominación con características más cercanas al individuo, es decir factores que dependen del manejo y conocimiento de la enfermedad, las comorbilidades, los factores médicos de conocimiento de la enfermedad, la eficacia de la salud la cual contempla el manejo que el propio paciente le dé a su enfermedad y el bienestar psicológico de la persona (Pedro, 2010).



Cuando se analiza el contexto macro y micro del modelo, se encuentra una relación o asociación entre el sistema de salud (acceso al sistema de salud, calidad del sistema y calidad de esta relación con el sistema) y el componente micro de eficacia de salud que incluye el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente (el paciente debe conocer su enfermedad y como convivir con ella). Este elemento se traslada a la realidad y se relaciona con la situación que viva el paciente con el sistema de salud, el cual debe ser el que le enseñe sobre la enfermedad que padezca y cómo manejarla.

Por tanto, cuando se analizó este modelo, se planteó que en el contexto colombiano el componente del sistema de salud en cuanto al acceso al sistema y la calidad de la relación, podría afectar la CVRS de los colombianos, dadas las constantes inconformidades que plantean los usuarios sobre el sistema de salud.

En la Tabla 2 se describen los componentes de cada dimensión:

**Tabla 2. Dimensiones del modelo contextual**

Nivel	Dimensión del contexto	Componentes
<b>Macronivel</b>	Socio-ecológico	Estatus socio-económico, condiciones generales de vida y soporte social
	Cultural	Etnicidad, identidad étnica, cambios culturales, visión del mundo y espiritualidad.
	Demográfico	Edad cronológica y sexo
	Sistema de Salud	Acceso al sistema de salud, calidad del sistema y calidad de esta relación con el sistema.
<b>Micronivel</b>	Salud general comorbilidades	Estado de salud
	Factores médicos específicos	Características de la enfermedad y edad del diagnóstico.
	Eficacia de la salud	Motivación y conocimiento de la enfermedad
	Bienestar psicológico	Ansiedad, depresión, autoestima y bienestar psicológico.

Fuente: Ashing-Giwa, 2005.

Tanto en el macro nivel como en el micro nivel se tiene en cuenta el sistema de salud en el que el individuo se desenvuelva, el acceso a los servicios de salud y sí la calidad que tengan estos servicios influye en la CVRS de las poblaciones (Pedro, 2010). Tanto en el nivel

macro como micro los contextos evalúan la relación de acceso que el individuo tenga con su sistema de salud.

Es así que, una vez planteada la hipótesis presentada en los párrafos anteriores, en cuanto a que la CVRS se afecta por el sistema de salud en el que se desenvuelvan las personas, fue necesario indagar sobre cómo se mide el acceso a los servicios de salud con el fin de complementar la forma en que se puede medir esta condición.

### **2.2.1 Acceso a los servicios de salud**

Cuando se busca la definición de acceso, se encuentran conceptos como el de Donabedian, que menciona que el acceso debe ser considerado en el contexto de si las personas que actualmente tienen necesidad de atención médica la reciban o no (1972).

El acceso puede ser visto como un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención se satisfaga completamente (Frenk, 1895). Estos dos conceptos se relacionan con la condición de que las personas que requieran el servicio puedan tenerlo o no. El modelo más usado dentro de los servicios de atención para evaluar el acceso por parte de los pacientes, es el que desarrolló Aday & Andersen en 1974, el cual, a lo largo del tiempo, se ha ido modificando manteniendo su completitud para la evaluación de acceso.

El modelo creado por ellos es uno de utilización de los servicios de salud, a manera de un modelo de accesibilidad en el que las relaciones del sistema permiten entender el uso de los servicios, siendo esta la manera adecuada para poder ver el acceso real, como fue llamado por ellos. Entonces, en el modelo se propone que para ver este acceso real a los servicios hay que considerar aspectos como la política de salud que se da en cada sistema de salud, también es necesario tener en cuenta las características de los servicios y su utilización; así como las características de la población y satisfacción de los usuarios.

El modelo desarrollado por estos dos autores comprende dos dimensiones:

-Las variables de proceso: política de salud, características de los servicios y características de la población.

-Las variables de resultado: utilización real de los servicios y satisfacción de los servicios (Arredondo A, 1992).

La estructura del modelo contempla hasta la política de salud, que incluye los recursos disponibles tanto el capital y al trabajo que se destina a la prestación de los servicios de salud. En el caso colombiano la política de salud incluye una división en regímenes de atención que está basada en la capacidad de pago de la población. Dentro del modelo todas las variables se interrelacionan y pueden considerar los mismos puntos, tanto para evaluar el acceso real como el acceso potencial.

El estudio de la utilización de los servicios de salud, provee una estructura que describe aquellos factores que inhiben o facilitan la entrada al sistema de prestación de servicios de salud como una medida de dónde, cuán a menudo y con qué propósito la entrada es alcanzada y cómo es inhibida o facilitada, factores que operan para afectar la admisión (Acosta & Trillas, 2010).

El modelo de Adam & Anderson tiene como propósito descubrir las condiciones que facilitan o impiden la utilización de los servicios de salud. En el nivel donde se refiere al *acceso real* se quiere decir, cómo el uso de los servicios que determinan al acceso efectivo se establece cuando se demuestra que el uso mejora el estado de salud o la satisfacción del consumidor, relativo a la cantidad de servicios de atención de la salud consumida (Acosta & Trillas, 2010).

El acceso en este caso es concebido como el uso efectivo de los servicios de salud, entendiendo bajo esta estructura que las funciones de aseguramiento y prestación del servicio son diferentes. Es decir, el acceso al aseguramiento se verá reflejado en los niveles de cobertura y el acceso a los servicios en la prestación eficaz del servicio. El concepto de

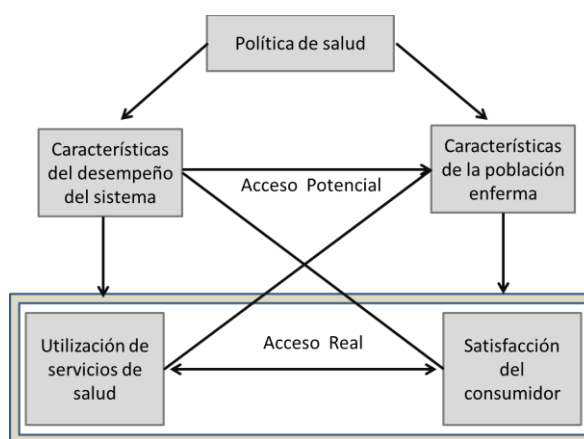
acceso se enfatizará en el contexto de si las personas que en la actualidad tienen necesidad de atención médica la reciben o no y la satisfacción ante esa atención (Acosta & Trillas, 2010). (Figura 2).

Para realizar el análisis de acceso planteado en este trabajo, se tomaron en cuenta las variables de resultado planteadas en el modelo de utilización de Aday & Andersen, dentro de las cuales está la utilización de los servicios y la satisfacción luego del uso.

El análisis se realiza entonces mediante preguntas que evalúan la utilización real de los servicios en un tiempo no mayor a un año, lo que permite la recordación del proceso y si existieron o no problemas al usar el servicio. En la utilización se evaluará el tiempo de espera que el usuario o paciente tuvo que aguardar luego de pedir el servicio, además, se preguntará acerca del trámite y las complicaciones presentadas para su obtención.

La satisfacción, por su parte, es evaluada de acuerdo a la solución que fue brindada luego de la necesidad del servicio teniendo en cuenta la necesidad por la que solicitaban la atención y la respuesta que obtuvieron. Adicionalmente, se pregunta directamente la satisfacción que percibe el paciente luego de la atención recibida.

**Figura 2. Adaptación de estructura para el análisis de acceso basada en el modelo de Aday & Andersen.**



Fuente: Acosta & Trillas, 2010.

De esta forma, dentro de esta investigación se logra evaluar el acceso a los servicios de salud, basando las preguntas en la teoría y el modelo de utilización de los servicios de salud.

La dimensión del acceso real y efectivo es la base teórica para medir el acceso a los servicios de salud y su relación con la medición de CVRS.

Para terminar el marco teórico y conceptual de este trabajo, se hace referencia al glosario de términos que se encuentra al final del documento (Anexo 1), desarrollado con el fin de aclarar terminología que es usada de forma recurrente en este trabajo.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Esta investigación es de tipo no experimental, debido a que no hay un cambio intencional de las variables. Con esta se pretende observar el fenómeno tal y como se da en su contexto natural para después analizarlo.

Las investigaciones con diseños no experimentales pueden clasificarse según el momento del tiempo o la dimensión temporal en la cual se recolectan los datos. En este caso la investigación se centra en cuál es el nivel o estado de las variables en un momento dado, en un punto del tiempo; por lo tanto el diseño apropiado es el transversal. Se realizó una única medición en un momento determinado.

Este es, entonces, un estudio descriptivo observacional de corte transversal, con el cual se busca obtener la medida de CVRS como propiedad de la población y la relación de esta medida con el acceso real a los servicios de salud. Para lograr este objetivo se debe contar con la población afiliada al sistema de salud en los dos regímenes existentes (subsidiado y

contributivo), esta población debe haber hecho uso de los servicios de salud en el último año.

El estudio descriptivo busca indicar cómo se relacionan las variables que se miden. En este caso se definió medir el nivel de CVRS mediante el instrumento EQ5D-5L, con dos de sus componentes: EVA y percepción del estado de salud, buscando la relación con el acceso real de las personas afiliadas al sistema de seguridad social en salud de la ciudad de Bogotá.

### **3.2 Población**

La población tenida en cuenta para la selección de la muestra son los afiliados al sistema de seguridad social en salud, residentes en Bogotá. Población afiliada a alguno de los dos regímenes de salud (contributivo o subsidiado), los cuales hayan usado los servicios de salud durante el último año, mayores de edad.

### **3.3 Muestra**

Una muestra puede definirse simplemente como una parte de una población (Daniel, 2003). En este caso, la muestra será un número determinado de personas afiliadas, tanto al régimen contributivo como al régimen subsidiado.

El objetivo de obtener el tamaño de la muestra, es conocer el tamaño del grupo objetivo de estudio, del cual se obtendrán los resultados que confirmen o no la hipótesis del estudio.

#### **3.3.1 Tipo de muestra**

Este estudio tiene un diseño de investigación mediante encuestas que pretende hacer estimaciones de variables en la población. Estas variables se miden con instrumentos de medición y se analizan con pruebas estadísticas, en donde se presupone que la muestra es

probabilística, donde todos los elementos de la población tienen una misma probabilidad de ser elegidos.

### **3.3.2 Tamaño de la muestra**

Para lograr una muestra probabilística es necesario determinar el tamaño de la muestra (n) y seleccionar los elementos muestrales, de manera que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos. Para elegir el tamaño de la muestra fue necesario contar con una fórmula que asegure un número mínimo de unidades de análisis (personas) que se necesitan para conformarla. El procedimiento para obtener el tamaño de esta muestra partió de las consideraciones del tamaño muestral en estudios para contraste de hipótesis, en los cuales se pretende comparar si las medias o las proporciones de las muestras son diferentes.

Debido a que la EVA consta de una regla vertical que da como resultado una medida de ordinalidad y de la cual se han obtenido resultados de estudios previos (ELCA y el Estudio prospectivo de la situación de salud y cálculo de una prima ajustada por riesgos para los afiliados a las empresas solidarias de salud). Adicionalmente, los resultados de la prueba piloto realizada para este estudio determinaron la desviación estándar de los datos obtenidos en estos estudios de la EVA.

Se determinó utilizar la fórmula para obtener un tamaño muestral para la comparación de dos medias, teniendo en cuenta que la media de la escala visual para las dos poblaciones (contributivo y subsidiado), deben ser diferentes influenciadas por el acceso real que tenga la población.

La fórmula empleada es la siguiente:

Ecuación 1. Tamaño muestral para la comparación de dos medias contraste de hipótesis

$$n = \frac{2(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 s^2}{d^2}$$

Donde:

- $n$  son los individuos necesarios en cada una de las muestras;
- $z_{\alpha}$  es el valor  $z$  correspondiente al riesgo deseado;
- $z_{\beta}$  es el valor  $z$  correspondiente al riesgo deseado;
- $s^2$  es la varianza de la variable cuantitativa que tiene el grupo referencia; el cuadrado de la desviación estándar
- $d$  es el valor mínimo de la diferencia que se desea detectar (datos cuantitativos).

El valor  $z_{\alpha}$  se refiere al riesgo que aceptamos de equivocarnos al presentar resultados: lo que se desea es que en otras muestras semejantes los resultados sean los mismos o muy parecidos. También se puede denominarlo grado o nivel de seguridad. El nivel de confianza va a entrar en la fórmula para determinar el número de sujetos con un valor de zeta, que en la distribución normal está asociado a una determinada probabilidad de ocurrencia.

Para esta investigación se debe tener en cuenta el tamaño del efecto para lo cual debemos tener en cuenta la diferencia entre las medias de dos muestras independientes. El valor  $z_{\alpha}$  usado es de 0,05, que corresponde a  $z= 1,96$ , es decir, que admitimos un margen de error del 5 %, teniendo presente que la predicción o generalización estaría equivocada cinco veces de cada 100. Suficiente en la práctica habitual de la investigación.

El error “Z de alfa” que corresponde al valor alfa elegido se aplica a ambos lados del promedio cero, dejando por fuera un área del 5 % que para cada cola será 2,5 %.



El  $z_{\beta}$  corresponde al número de desviaciones estándar de la curva normal estandarizada, que deja fuera unilateralmente un área igual al error beta escogido. En esta investigación el error beta usado fue el del 20 %, definido como la probabilidad de no rechazar la hipótesis nula cuando esta es falsa. El poder del estudio, por consiguiente, se define como la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa y es igual a 100 menos el error beta, es decir, se trabajó con un poder del 80 %. En el cálculo se emplea el valor “Z de beta” que para este caso es igual 0,842

s2, Para esta investigación se contó con el dato previo de la desviación estándar de varios estudios que incluyeron la evaluación de EVA. De igual forma, la prueba piloto que se realizó dio como resultado una desviación estándar de los datos de 15. Cuando se comparó con las desviaciones estándar de otros estudios, se observó una medida media que fue tomada para el cálculo de la muestra para esta investigación. La desviación estándar es el promedio de desviaciones con respecto a la media.

**Tabla 3. Valores de la EVA en estudios previos.**

Población	Media	Desv. Típica
ELCA 2011	92,0	1,0
Prueba piloto	83,4	15,0
Estudio EPSS 2013	80,2	22,0

Fuente: presentación resultados estudio EPSS, 2013

d es el valor mínimo de la diferencia que se desea detectar. Para este estudio la diferencia mínima que se quiso detectar tomó un valor mínimo de 7. Es decir que 7 es la magnitud mínima para considerar diferencias entre los dos grupos. Aunque la diferencia mínima es bastante alta para este estudio, al analizar los datos de las diferentes medias, estuvieron por encima de 10 en estudios previos, lo que permite disponer que 7 es un valor mínimo apropiado para hallar diferencias entre los grupos.

Es importante captar la relación entre tamaño de la muestra y la magnitud de la diferencia en la que estamos interesados. Las diferencias grandes se detectan con facilidad en muestras pequeñas. Para captar diferencias pequeñas y sutiles entre grupos, necesitaremos

muestras mayores. Con muestras grandes minimizamos la posibilidad de no ver diferencias cuando sí las hay, aunque sean pequeñas, y es el riesgo que podemos correr en la investigación.

En la práctica no suele estar muy interesados en detectar diferencias muy pequeñas, por ejemplo, un cambio pequeño en función de un método o tratamiento; necesitaríamos muchos sujetos y sería de poco interés. Solamente es interesante diferencias (tamaños del efecto) grandes, donde es necesario menos sujetos, pero se deja por fuera la posibilidad de encontrar diferencias no muy grandes, pero de interés. En la práctica se puede buscar un punto de equilibrio y buscar el número de sujetos suficiente para encontrar diferencias de magnitud moderada, objetivo de esta investigación.

Para el caso de esta investigación la población universo es muy grande (afiliados contributivos y subsidiados) y no representan a ningún otro tipo de población que se quiere comparar. Por tanto, el número de sujetos que se debe entrevistar basta para determinar asociaciones y causalidad que validen o no la hipótesis.

$$2(1,96 + 0,842)^2 15^2 / 7^2 = 77$$

Para cada grupo se debe contar con 77 personas, es decir, se debe encuestar a 77 personas de régimen contributivo y 77 personas de régimen subsidiado para una muestra total de 154 personas.

### **3.3.3 Criterios de inclusión**

- Hombres y mujeres mayores de edad.
- Población que haya demandado cualquier tipo de servicio de salud en los últimos seis meses.
- Población sana o enferma.
- Personas afiliadas al sistema de seguridad social en salud.

- Colombianos.
- Personas de todos los estratos.

### 3.3.4 Criterios de exclusión

- Menores de edad.
- Extranjeros.
- Personas que no han demandado servicios de salud en los últimos seis meses.
- Personas no afiliadas a alguno de los regímenes del sistema de salud.

### 3.3.5 Variables

Las variables desde el punto de vista de caracterización de la población y su descripción se presentan en la Tabla 4, con la definición operacional y el tipo de variable.

**Tabla 4. Definición y operacionalización de variables**

Nombre	Tipo de variable	Definición operativa	Escala de medición
Régimen de Salud	Cualitativa	1. Contributivo 2. Subsidiado	Nominal dicotómica
Sexo	Cualitativa	1. Femenino 2. Masculino	Nominal dicotómica
Edad	Cuantitativa	Edad cronológica	Cardinal
Estado civil	Cualitativa	1 Soltero 2 Casado/unión libre 3 Separado/divorciado 4 Viudo	Nominal
Ocupación	Cualitativa	1. Empleado o trabajador independiente 2. Pensionado 3. Hogar 4. Estudiante 5. Buscando Trabajo 6. Incapacitado 7. Otro	Nominal
Estado de salud	Cualitativa	Enfermo 1. Sí 2. No	Nominal dicotómica
Quién diagnosticó la enfermedad	Cualitativa	1. Médico 2. Otro profesional de la salud 3. Otra persona	Nominal

**Fuente:** elaboración de la autora, 2014.

### **VARIABLES DE ACCESO REAL EVALUADAS**

Las variables a evaluar, para el análisis de acceso de acuerdo al modelo de utilización de Aday & Andersen, son presentadas a continuación, dentro del desarrollo de la pregunta.

Adicionalmente, se explica la relación de la pregunta con el modelo estructural de utilización así:

**Política de salud- características del servicio:** ¿En cuál de los regímenes se encuentra usted afiliado al sistema de seguridad social en salud?

1. Régimen especial (Magisterio, Ecopetrol, fuerzas militares, otro).
2. Contributivo cotizante.
3. Contributivo Beneficiario.
3. Subsidiario.
4. No está afiliado al SSSS.

**Características de los servicios:** corresponde a las dificultades que el usuario tuvo para acceder al servicio el día que necesito de este. El trámite que hizo para ser atendido la última vez que usó el servicio de salud (medicina general, especializada, urgencias, hospitalización, cirugía, medicamentos, exámenes) le pareció:

1. Muy complicado.
2. Complicado.
3. Ni complicado ni sencillo.
4. Sencillo.
5. Muy sencillo.

**Utilización real de los servicios y características del servicio:** percepción que el usuario tiene de la magnitud de la espera cuando necesitó del servicio. El tiempo que tuvo que esperar desde que necesitó el servicio de salud hasta que lo atendieron le pareció:

1. Muy largo.
2. Largo.
3. Ni largo ni corto.
4. Corto.
5. Muy corto.

**Utilización real de los servicios y satisfacción del uso:** percepción que el usuario tiene sobre la solución al problema de salud que motivó su llegada a la institución. La solución que le dieron a la necesidad de salud por la que consultó le pareció:

1. Muy mala.
2. Mala.
3. Ni mala ni buena.
4. Buena.
5. Muy buena.

**Utilización real de los servicios y satisfacción del uso:** corresponde al grado de satisfacción global del usuario con el servicio recibido. La atención recibida en la institución lo dejó en general:

1. Muy insatisfecho.
2. Insatisfecho.
3. Ni satisfecho ni insatisfecho.
4. Satisfecho.
5. Muy satisfecho.

Escala de Likert: la estructura de la encuesta de acceso se construyó teniendo en cuenta esta escala, la cual plantea la necesidad de darle a las respuestas de la pregunta una ordinalidad que mida en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud. Con el fin de obtener una misma puntuación con diferentes combinaciones de ítems, lo que demuestra que la misma puntuación puede tener significados distintos (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1982).

A pesar de la ausencia de teoría justificativa para la "escalabilidad", en la práctica, las puntuaciones del cuestionario Likert proporcionan con frecuencia la base para un primer orden a las personas en la característica que se mide (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1982).

### **3.4 Instrumentos**

La escala EQ5D fue diseñada como un instrumento genérico sencillo, basado en preferencias, con poca carga cognitiva para el individuo, para describir y valorar la CVRS. Es una medida simple que incluye cinco dimensiones básicas (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión). Esta escala proporciona un perfil descriptivo y una valoración del propio estado de salud, lo que suele dar como resultado un índice que permite valorar los estados de salud. El EQ5D tiene tres componentes:

**Sistema descriptivo EQ5D**: en esta parte el encuestado indica su estado de la salud marcando la respuesta más apropiada a su condición de salud en ese momento, en cada una de las cinco dimensiones. Se puede determinar así, un perfil descriptivo sencillo, de la percepción subjetiva de la salud del encuestado en estas cinco dimensiones.

**EQ VAS**: la escala análoga visual (VAS) ofrece un método para valorar la autopercepción del estado actual de salud. La escala utilizada es una escala vertical de 20 cm graduada en unidades en que, en su tope presenta 100 puntos representando el "mejor estado imaginable

de la salud” y en su parte más baja 0 puntos, para graficar el “peor estado imaginable de la salud”.

**Índice EQ5D:** convierte el resultado de las cinco dimensiones del sistema descriptivo de EQ-5D en un índice agregado del estado de salud, a través de la aplicación de los resultados de un conjunto estándar de preferencias ponderadas y derivadas de estudios de una población general. Por tanto, este índice puede ser considerado como una valoración social del estado de la salud del encuestado, en contraste a la autoevaluación de su estado de salud realizado a través del EQ-VAS (Gobierno de Chile, 2006).

En el año 2005 el grupo EuroQoL, quien es el autor de dicha escala, introduce una nueva versión denominada EQ5D-5L, que todavía consta de un escala visual análoga (EVA EQ) y el sistema descriptivo que comprende las mismas dimensiones. Sin embargo, cada dimensión tiene cinco niveles de gravedad (sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves, problemas extremos). Esta nueva versión quiere mejorar la sensibilidad de la escala. Esta escala proporciona un perfil del estado de salud individual en un código de cinco dígitos, proporcionando perfiles de salud que dan como resultado un valor social del estado de salud, existen 243 posibles combinaciones de estados de salud. Esta escala será la utilizada para medir la CVRS en esta investigación (Anexo 2).

### **Encuesta acceso a servicios de salud**

Se diseñó un instrumento con el cual se evalúa la percepción del acceso a los servicios de salud de las personas que están afiliadas al sistema de salud en la ciudad de Bogotá de acuerdo a la necesidad de uso que ellas tienen. La estructura de este instrumento está basada en la precisión y claridad de las preguntas, además contiene todas las posibles respuestas para que sea más sencillo su diligenciamiento (Anexo 3).

#### **4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION.**

La información se recolectó mediante fuentes primarias, es decir, los datos provienen directamente de la muestra de población construida para esta investigación. Los datos son obtenidos con observación indirecta dado que se requiere de un cuestionario (Torres & Paz, 2006).

Se construyó una encuesta como instrumento de observación y experimentación. En ella se registran situaciones que pueden ser observadas y en ausencia de poder recrear un experimento se cuestionó a la persona participante sobre ello. Se dice que la encuesta es un método descriptivo con el que se pueden detectar ideas, necesidades y preferencias (Torres & Paz, 2006).

Para el caso en esta investigación, las encuestas fueron aplicadas en centros administrativos de atención y en centros de prestación de servicios de las empresas promotoras de salud (EPS), tanto del régimen contributivo como subsidiado en Bogotá, localizadas en diversos puntos de la ciudad a conveniencia del investigador.

La recolección de la información se realizó en los meses de Enero y Febrero de este año, con el fin de obtener los datos del régimen subsidiado se visitó la Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado (EPSs) Comfacundi, ubicada en Chapinero, en esta sede es posible realizar trámites administrativos y además es un centro para la atención médica de los usuarios, las visitas fueron realizadas de lunes a viernes tanto en el horario de la mañana (7:00 am a 1:00 pm) como en el horario de la tarde (2:00 pm a 6:00 pm) y se consiguieron en este punto 30 encuestas en un total de 4 visitas, las encuestas fueron realizadas en la sala de espera para trámites administrativos y en la sala de espera de la consulta médica. Las personas fueron contactadas cuando parecían estar esperando algún servicio o trámite, y a cada una de estas personas les fue explicado el objetivo de la encuesta y una vez consentían se procedía a aplicarla.



Para lograr el tamaño de la muestra de este régimen fueron adicionalmente visitadas Capitalsalud en su sede administrativa de la carrera 30 con calle 45 y en su sede de atención de consulta externa en el hospital San Cristóbal ubicado al sur de la ciudad. En estos dos centros se consiguieron un total de 25 encuestas. Para completar el tamaño de la muestra se visitó la sede de Humanavivir subsidiada ubicada en el barrio Sociego, sede administrativa donde se consiguieron las 15 encuestas que restaban para cumplir con el tamaño de la muestra. Para la recolección de los datos fueron necesarias en promedio tres vistas a cada uno de estos centros.

Para obtener los datos del régimen contributivo fueron visitadas tres Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPSc). Compensar en la sede de la calle 26 con 68, sede donde se realizan trámites administrativos y de atención en salud. En esta sede se recolectaron 30 encuestas de la misma forma que para el régimen subsidiado, en un total de 3 visitas y en las salas de espera de la institución. Saludcoop de la autopista con calle 100 en el centro de atención para trámites, donde se recolectaron 22 encuestas. Y en Coomeva EPS, en la sede de atención de salud ubicada en Lourdes 25. La dinámica de recolección fue la misma que la utilizada para el régimen subsidiado, con un promedio de 2 visitas.

Los centros fueron escogidos a conveniencia del investigador dado que, por motivos laborales o personales debía visitar estos sitios y entonces aprovechaba la visita para aplicar el instrumento.

A continuación se relaciona la recolección de datos para completar la muestra.

**Tabla 5. Recolección de encuestas por régimen de salud y centro de atención.**

<b>Régimen</b>	<b>Entidad</b>	<b>No de Encuestas</b>
<b>Subsidiado</b>	Comfacundi Chapinero	30
	Capitalsalud H. San Cristobal	15
	Capitalsalud Teusaquillo	17
	Humanavivir Sociego	15
	<b>Total</b>	<b>77</b>
<b>Contributivo</b>	Compensar Calle 26 con 68	30
	Coomeva Lourdes	22

	Saludcoop	25
	<b>Total</b>	<b>77</b>

## 5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

El análisis realizado para este trabajo contó con herramientas descriptivas para las variables cuantitativas, se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, mínimos y máximos) y para las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes de algunas respuestas. Se calculó el intervalo de confianza para las variables de interés. Se determinó la significancia estadística mediante el valor de p de las variables. La información se procesó mediante el paquete estadístico *Microsoft Excel 2010*.

Dentro del plan de análisis se propuso realizar la exploración de variables, con el fin de conocer la distribución de las mismas y la organización por categorías. Así mismo se debió transformar las variables, obteniendo un número más pequeño de categorías, sumando o combinando variables permitiendo que el análisis se haga más sencillo.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS

Para esta investigación los pacientes no serán expuestos a ningún tratamiento específico, ni se pondrá en riesgo su vida. Sin embargo, a pesar de que la escala de CV será aplicada directamente a la población, esta se considera como una encuesta en la que el paciente de manera voluntaria participa. Por eso, previo a la aplicación de cada encuesta, se dará la explicación específica de los objetivos de la investigación y se diligenciará el consentimiento informado. Todas las bases de datos mantendrán de incógnito el nombre de los pacientes, ya que este elemento no es importante para el análisis (Ministerio de Salud, 1993).

Se consideraron los principios éticos de investigación con seres humanos contenidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud relacionadas con las actividades

desarrolladas para la investigación en salud, como el conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica, la estructura social y la producción de insumos para la salud; considerándose una investigación sin riesgo según el artículo 15 y 16 (Ministerio Salud, 1993). Por favor para ver el consentimiento informado remitirse al anexo 4.

## **7. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La base de datos cuenta con un total de 156 encuestas, recogidas todas en la ciudad de Bogotá, en centros de atención y servicios de las EPS tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado. Los centros de servicio fueron escogidos a conveniencia, buscando completar la muestra total de las encuestas, de acuerdo a la metodología de la investigación. Se esperaba una muestra total de 154 encuestas divididas en los dos regímenes de afiliación, es decir 77 encuestas por cada régimen.

Los resultados serán presentados por régimen de afiliación al sistema de salud, describiendo en primer lugar las características generales de la población afiliada; adicionalmente se compararan estas características, para luego presentar los resultados obtenidos en la EVA, teniendo en cuenta que es tomada como la medida ordinal de calidad de vida. El análisis también muestra los resultados en cuanto a los estados de salud autoreportados mediante el EQ5-D5L y por último se tomaron en cuenta los datos de acceso y su relación con la calidad de vida para obtener así respuesta a la pregunta de investigación planteada para este trabajo.

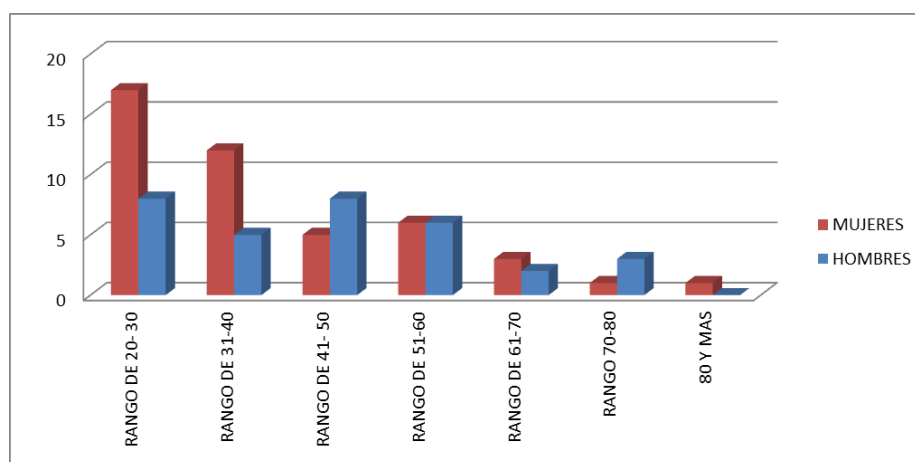
### **7.1 Análisis descriptivo de las características de la población para el régimen contributivo**

De las 77 personas encuestadas, para el régimen contributivo, 45 fueron mujeres y 32 hombres; es decir que el 58 % de las encuestas realizadas fueron respondidas por mujeres mientras que el 42 % de las encuestas fueron contestadas por hombres. Por su parte, la edad promedio de las mujeres fue de 38,9 años mientras que la edad promedio de los hombres

está en 44,4 años. El promedio de edad de todos los participantes tanto hombres como mujeres, es de 41,2 años con una desviación estándar de (14,53), el límite inferior de la edad es de 23 años y el límite superior es 85 años.

Con los datos de edad obtenidos se establecieron rangos de edad por décadas, los cuales mostraron que en el rango de 20 a 30 años se encuentra la mayoría de la población femenina, mientras que los hombres están en el rango de edad de 41 a 50 años. (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Distribución por rango de edad y sexo para el régimen contributivo.**



**Fuente:** elaboración de la autora, 2014.

En cuanto al estado civil de este grupo se encontró que 54,55 % de los encuestados está casado o vive en unión libre mientras que el 37,66 % es soltero y el 7,79 % está divorciado. Siguiendo con la evaluación general el 88,3 % de los encuestados son empleados o trabajadores independientes, un porcentaje significativo de la muestra, el 9,1 % son pensionados o se dedican a labores en el hogar, y el 1,3% de la población está desempleada.

De las 77 personas encuestadas, 31 de ellas confirman tener una enfermedad, es decir que más de la mitad de los encuestados no perciben estar enfermos este resultado podría sustentar un nivel de CVRS alto, debido a que en la ausencia de enfermedad puede mejorar la percepción de la medida.

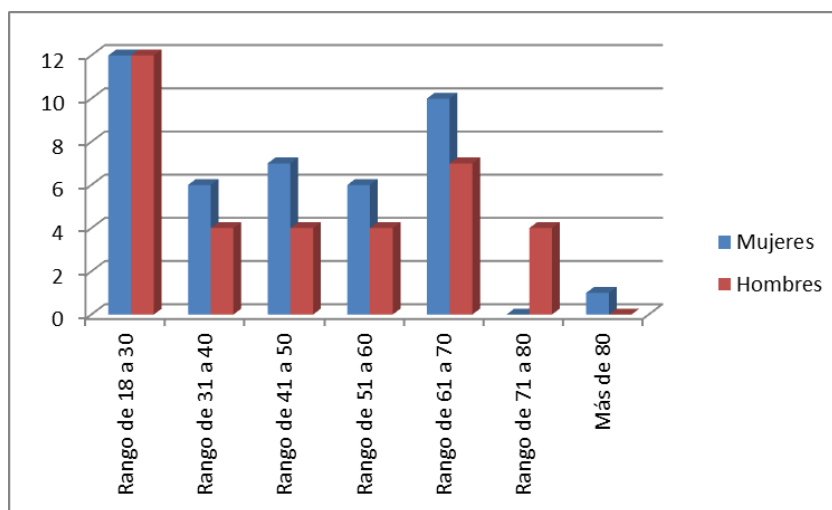
## 7.2 Análisis descriptivo de las características de la población para el régimen subsidiado.

En el régimen subsidiado la población se distribuyó de forma similar al contributivo, encontrando 35 hombres y 42 mujeres que respondieron la encuesta. Se observa que en los dos grupos la mayoría de personas entrevistadas fueron mujeres.

El promedio de edad general es de 44,6 años, este promedio de edad se mantiene tanto en la población de hombres como en la de mujeres, con una desviación estándar de (17,8), un valor mínimo de edad de 18 años y un valor máximo de 82 años.

La distribución por rango de edad, mostró que en el rango de edad de 18 a 30 años se encuentra el mayor número de entrevistados tanto en hombres como en mujeres, el rango de edad de 61 a 70 años es el que sigue en cuanto frecuencia de edad. En los rangos de edad avanzada de 71 a 80 y más de 80 se observa el menor número de encuestados.

**Gráfica 2. Distribución por rango de edad y sexo para el régimen subsidiado.**



Fuente: elaboración de la autora, 2014.

El análisis del estado civil, encontró que el 40,2 % de los encuestados se encuentran casados o en unión libre, mientras que el 45,4 % está soltero, el 11,69 % es divorciado y el 2,60 % es viudo. La principal actividad económica encontrada en este grupo es la de

trabajando con un 61,04%, seguida del hogar con un 19,48 %, el 10,39 % por su parte están estudiando. Los jubilados completan el 2,5 %, al igual que los incapacitados con el mismo porcentaje. Las personas que refieren estar desempleadas son el 3.9 % de la población.

En cuanto a la pregunta de sí padecía de alguna enfermedad en el momento de realizar la encuesta, el 48,0 % señaló que sí, mientras que el 51,9 % afirman no tener ninguna.

### **7.3 Comparación de los resultados entre la población del régimen contributivo y el régimen subsidiado**

Comparando la edad promedio de ambos regímenes está se mantiene en el rango de los 38 a los 45 años. El valor mínimo de edad encontrado en el grupo subsidiado es menor que el encontrado en el régimen contributivo dado que se cuenta con usuarios desde los 18 años mientras que en el régimen contributivo el límite de edad fue de 23 años. En ambos grupos la edad máxima estuvo por encima de los 80 años.

En la siguiente tabla se encuentra la distribución de la población por régimen de afiliación según las características evaluadas en cada uno de los grupos.

**Tabla 6. Comparativo de la población en estudio según régimen de afiliación (contributivo, subsidiado) por características generales**

<b>Característica población</b>	<b>Contributivo</b>	<b>Subsidiado</b>	<b>p&gt;0,5</b>
<b>Edad</b>			
Total población	41,2	44,6	
Hombres	44,4	44,6	
Mujeres	38,9	44,6	
<b>Sexo (%)</b>			
Hombres	32(42%)	35 (45,5%)	0,435
Mujeres	45(58%)	42(54,5%)	0,565
<b>Estado civil (%)</b>			
Casado	54,55%	40,26%	0,474
Soltero	37,66%	45,45%	0,416

Divorciado	7,79%	11,69%	0,097
<b>Actividad económica actual (%)</b>			
Empleado o trabajador Independiente	88,3%	61,04%	0,747
Jubilado	6,5%	2,5%	0,045
Hogar	2,6%	19,48%	0,110
Desempleado	1,3%	3,9%	0,019
Estudiante	0	10,39%	
Incapacitado	1,3%	2,5%	0,019
<b>Enfermedad actual (%)</b>			
<b>Si</b>	40,2%	48,0%	0,442
<b>No</b>	59,7%	51,9%	0,558

**Fuente:** elaboración de la autora, 2014.

Debido a que en el modelo contextual de CVRS, dentro del contexto socio-ecológico, tiene el soporte social y emocional, definido como las redes sociales y emocionales en las que se desenvuelve la persona, el estado civil fue preguntado dentro de la encuesta y pretende describir si pudiera haber relación entre este y la percepción de CVRS que se encuentre.

Dado que en este modelo el bajo nivel de CVRS, se ve relacionado con la inestabilidad marital que produce estrés emocional ante una enfermedad o desorden de salud; se evalúa como una variable que puede afectar el resultado de la medida.

Comparando los dos regímenes de salud hay mayor número de personas casadas en el régimen contributivo (54,55 %) que en el subsidiado (40,26 %), así mismo las personas solteras son más en el régimen subsidiado (45,45%) que en el contributivo (37,66 %).

Dentro del contexto socio-ecológico, también se encuentra el estatus socio-económico, el cual incluye el ingreso y la situación laboral; el modelo identifica estos componentes como factores de riesgo que influyen en la baja medida de CVRS, que se puede obtener, por tanto, se realizó una pregunta dentro de la encuesta que buscaba conocer la actividad

económica del encuestado en razón de que esta pregunta evidenciará el ingreso y la situación laboral de los encuestados y su posible relación con la medida de percepción.

Cuando se analiza la actividad económica actual para ambos grupos se observa que la mayoría de los encuestados se encuentran trabajando, siendo más común para el grupo contributivo (88,3%) que para el de los subsidiados (61,04%).

Por lo tanto en el régimen subsidiado hay muchas más personas que están buscando empleo 3,9% frente a 1,3% del régimen contributivo, adicionalmente más personas se dedican al hogar 19,48% frente a 2,6% y están incapacitadas 2,5% frente a 1,3%.

Con respecto a la situación de salud referida por los encuestados se observa que existen más enfermos en el régimen subsidiado (48,0%) que en el contributivo (40,2%). De acuerdo al modelo teórico planteado para esta investigación se reconoce que el estado de salud puede afectar la medida de calidad de vida de la población, entonces se podría pensar que el grupo de pacientes del régimen subsidiado percibirá peor su calidad de vida relacionada con la salud porque la población evaluada se percibe con más frecuencia enferma que la población del grupo contributivo.

El comparativo de la distribución de la edad, entre regímenes de afiliación por sexo, muestra que mientras las mujeres de 18 a 30 años representan la mayoría en el régimen contributivo, en el régimen subsidiado el rango de edad con mayor número de mujeres es el de 61 a 70 años. Dato que muestra como el uso de los servicios de salud en cada régimen es diferente cuando se analiza por sexo en la población encuestada.

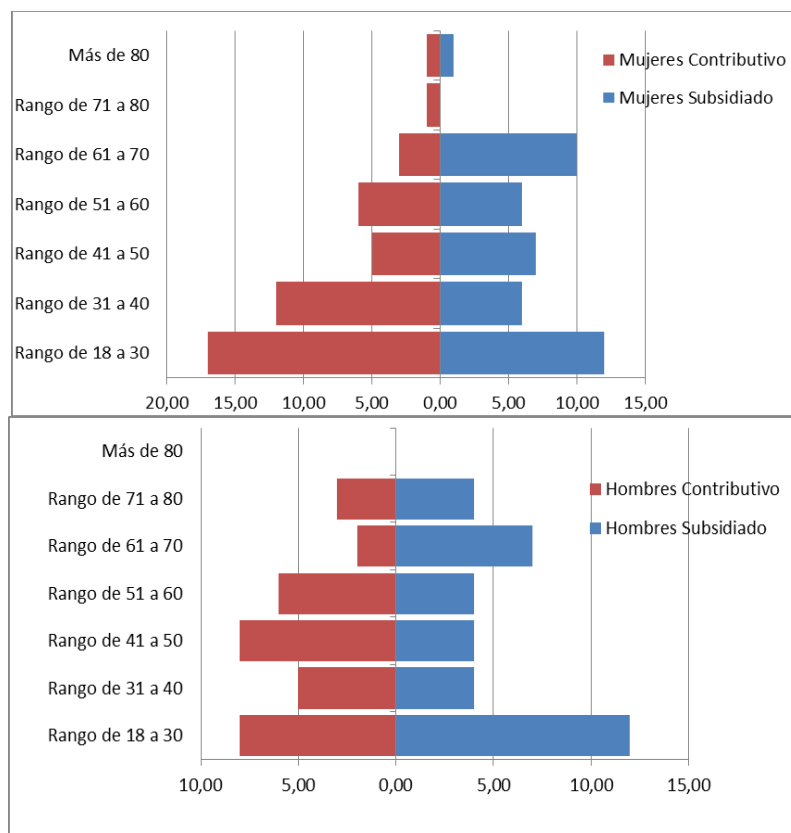
En cuanto al análisis total de la población encuestada por sexo, resalta el hecho de que tanto los hombres como las mujeres en el rango de 18 a 30 años son mayoría en ambos grupos.

Como se observa en la siguiente gráfica, los hombres y las mujeres del rango de edad de 61 a 70 años del régimen subsidiado están en el segundo orden de frecuencia dentro de la



población encuestada, mientras que en el régimen contributivo este rango de edad fue de los menos frecuentes.

**Gráfica 3. Comparación por rango de edad, sexo y régimen de salud.**



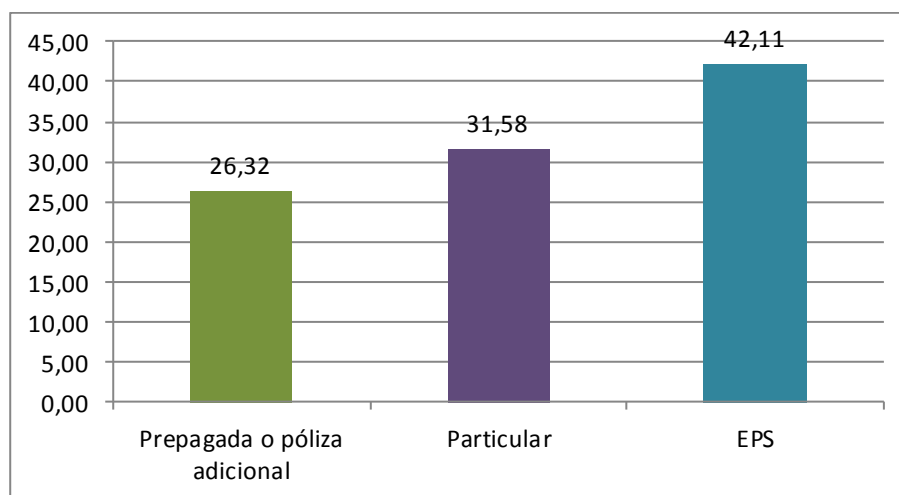
**Fuente:** elaboración de la autora, 2014.

En las encuestas realizadas a personas del régimen contributivo, se preguntó si tenían pólizas de salud adicionales o medicina pre-pagada, teniendo en cuenta que esta variable puede lograr una mejor percepción del acceso a los servicios de salud y así mismo influir en la medida de CVRS de este grupo de afiliados; se encontró que el 24,68 % de los afiliados al régimen contributivo, tienen pólizas adicionales de salud, mientras que el 75,32 % no tienen ningún seguro adicional; de este resultado llama la atención que del total de personas con pólizas, el 89,47 % sean mujeres y solamente el 10,53 % sean hombres.

Dado que en la encuesta se pregunta sí el servicio de salud consultado durante el último año se había realizado a través de la EPS, o de un servicio particular o de la póliza adicional, se evaluó el uso de servicios a través de las diferentes instituciones posibles, con el fin de conocer sí las personas que pagan este servicio lo usan constantemente o más bien limitan el uso de este.

Para el total de las personas que tienen pólizas adicionales de salud se encontró que solamente el 26,32 % la usaron en su última atención en salud, el 31,58% pago a un particular, y el 42,11 % hacen uso del servicio a través de la EPS.

**Gráfica 4. Entidad a través de la cual se obtuvo el último servicio de salud en el régimen contributivo con póliza adicional de salud.**



**Fuente:** elaboración de la autora, 2014.

Para el resto de la población afiliada, la cual no tiene servicios de salud adicional se encontró que el 94,83 % del grupo hizo uso del servicio de salud mediante la EPS, y solamente el 5,45 % hace uso de servicios particulares de salud. Evidenciando que la mayoría de la población del régimen contributivo 72,7 %, calificarán el acceso a los servicios teniendo en cuenta la EPS a la que está afiliado y no otro tipo de atención que puedan recibir.

La pregunta de si tenía póliza de salud adicional, en el régimen subsidiado fue negada por todos los encuestados como era de esperarse, y todos refirieron haber hecho uso de los servicios de salud a través de su EPS(s).

#### **7.4 Análisis de la Escala Visual análoga (EVA) en la población afiliada al régimen contributivo.**

Se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), mediante el registro del puntaje de la escala visual análoga EVA, esta escala hace parte de los componentes del instrumento, y permite inferir una valoración sencilla del estado de salud.

El promedio de la EVA para este grupo fue de 85,5, con una desviación estándar de 16,7. Los hombres tuvieron un mejor resultado 86,1 comparado con el de las mujeres (85,1) aunque la diferencia no es amplia (1,0). En cuanto a las características generales y el nivel de EVA obtenido en el grupo, se encontró que las personas divorciadas tienen una EVA más alta (88,0) que las personas de cualquier otro grupo, según el estado civil, casado 85,9 y soltero 84,5. Las personas que refirieron estar dedicadas al hogar presentan un mejor nivel de EVA (92,5) seguida de los empleados (86,1) y de la de los jubilados (85,0).

La enfermedad influye significativamente en el nivel de EVA que se obtienen en este grupo, mientras que los sanos tienen un valor promedio de 88,7, los enfermos disminuyen el valor de la EVA a 80,8.

#### **7.5 Análisis de la Escala Visual análoga (EVA) en la población afiliada al régimen subsidiado.**

La EVA promedio obtenida en este grupo fue de 79,5. Las mujeres tienen un menor valor de EVA con 75,7 mientras que los hombres refieren un valor de 84,0. En este grupo, las personas casadas refirieron una mejor EVA con un promedio de 82,8 seguido del promedio

de las personas divorciadas 80,6. El peor nivel de EVA lo tienen aquellos que están solteros con 78,1.

Las personas que se encuentran jubiladas refieren la mejor EVA del grupo (85,0), seguida de las que están trabajando (83,4). El peor registro según la actividad económica lo tienen los incapacitados con un nivel de 60. La enfermedad influye en la medida dado que mientras que los sanos presentan un valor promedio de 82,5, los sanos disminuyen este promedio hasta un 76,2.

### **7.6 Análisis comparativo de la Escala Visual análoga (EVA) entre estudios previos y el actual.**

El análisis para el total de la población en cuanto a la respuesta dada en la EVA, tuvo un valor medio de 82,5, con una desviación estándar de 16,7. En general los resultados obtenidos con respecto a la EVA, dejan ver que la mayoría de la población encuentra su estado de salud por encima de 70.

Se encontró que existe una media de la EVA, más alta en el régimen contributivo que en el subsidiado, dando a entender que la población encuestada para el grupo de contributivo (85,5) percibe un mejor estado de salud que la población del subsidiado (79,5) y la diferencia es significativa estadísticamente. Podría afirmarse que la afiliación al régimen de salud permite observar cambios en la medida de CVRS, tomada con EVA.

**Tabla 7. Datos de la EVA para el total de la población encuestada por régimen de afiliación.**

<b>EVA promedio</b>	<b>Total</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>L. Inf. IC 95%</b>	<b>L.Sup. IC 95%</b>
Total	82,5	16,7	79,8	85,2
Subsidiado	79,5	18,8	75,2	83,7
Contributivo	85,5	13,7	82,4	88,6

Fuente: elaboración de la autora, 2014.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, y conociendo los estudios previos mencionados en la tabla 3, se realizó un análisis estadístico de diferencia entre medias con un test de hipótesis, con el fin de determinar la asociación entre la investigación actual y los estudios previos. De acuerdo a lo anterior, se planteó un contraste de hipótesis:

Hipótesis nula - H0: No hay asociación entre el estudio actual y el estudio previo.

Hipótesis alternativa Ha: Si hay asociación entre el estudio actual y el estudio previo.

**Tabla 8. Comparación de medias para el análisis estadístico.**

EVA	Estudio actual total	Contributivo	Subsidiado	ELCA 2011	EPSS 2013
<b>Promedio</b>	82,5	85,5	79,5	92	80,2
<b>Desviación Estándar</b>	16,7	13,7	18,8	1	22

Fuente: elaboración de la autora, 2014.

Para el régimen contributivo, el valor medio de la escala visual fue de 85,5, con una desviación estándar de 13,7. Comparando este resultado con la Encuesta Longitudinal de la Universidad de los Andes del 2011 donde la población encuestada obtuvo una media en la escala visual análoga de 92,0 con una desviación estándar de 1,0 el análisis estadístico muestra que la diferencia en este caso es significativa entre estos dos estudios, es decir que hay una asociación entre los dos resultados dado que se rechaza la hipótesis nula.

Los resultados del análisis para cada una de las relaciones estudiadas son mostrados en la tabla 9, donde se observa que el estudio comparado con el ELCA 2011 tienen poca probabilidad de ser producto del azar y se observa relación entre los datos de ambas investigaciones.

**Tabla 9. Nivel de asociación entre el estudio actual y estudios previos a través de la EVA.**

Población	ELCA 2011	Afiliados EPSS 2013
Estudio actual total	Estadísticamente significativo	No estadísticamente significativo
Actual Contributivo	Estadísticamente significativo	No estadísticamente significativo

Actual Subsidiado	No estadísticamente significativo	No estadísticamente significativo
<b>*p&lt;0,05</b>		

Fuente: elaboración de la autora, 2014.

En lo referente al estudio de la Empresas promotoras de Salud del Régimen Subsidiado no existen diferencias estadísticamente significativas. Hecho que permite concluir que no existe asociación entre los datos obtenidos en este estudio y el estudio EPSS 2013.

### 7.7 Análisis comparativo de la Escala Visual análoga (EVA) entre regímenes de salud y características generales.

Para describir las características de la población y el resultado obtenido a través de la EVA, se realizó un análisis que compara la medida en cada uno de los regímenes, según las características encontradas de sexo, estado civil, actividad económica y presencia de enfermedad.

**Tabla 10. Resultado de EVA por régimen y características generales.**

Característica	Contributivo EVA (DE)	Subsidiado EVA (DE)
Total población	85,5(16,7)	79,5(18,8)
<b>Sexo (EVA)</b>		
Hombres	86,1(13,9)	84,0(14,6)
Mujeres	85,1(13,5)	75,7 (21,2)
<b>Estado civil (EVA)</b>		
Casado	85,9(12,2)	82,8(18,7)
Soltero	84,5(16,5)	78,1(18,0)
Divorciado	88,0(9,7)	80,6 (18.0)
<b>Actividad económica actual (EVA)</b>		
Empleado o trabajador	86,1(12,5)	83,4(14,7)
Independiente		
Jubilado	85(11,1)	85(0)
Hogar	92,5(3,5)	72,0(22,7)
Desempleado	90	75(35,3)

Estudiante	0	80,25(20,3)
Incapacitado	30	60(42,4)
<b>Enfermedad actual (EVA)</b>		
Sí	80,8(15,4)	76,2(20,6)
No	88,7(11,4)	82,5(16,7)

Fuente: elaboración de la autora, 2014.

Como se observa en la tabla 10, la EVA obtenida fue más alta para los usuarios del régimen contributivo (85,5), que del régimen subsidiado (79,5) de igual manera se observa que los hombres perciben mejor nivel de EVA (contributivo 86,1 frente a subsidiado 84,0) que las mujeres (contributivo 85,1 frente a 75,7 subsidiado) como se observa se mantienen las diferencias por régimen de salud.

Estar casado frente al estar soltero muestra una mejor calidad de vida, en ambos regímenes (contributivo 85,9 frente a subsidiado 82,8), mientras que el divorcio para el régimen contributivo presentó una EVA más alta (88,0) que la obtenida en cualquier otra condición evaluada en el estado civil, siendo un dato que sale del promedio.

Cuando se analiza la CVRS con la actividad económica, se encuentra que las personas del régimen contributivo que se dedican al hogar son las que perciben mejor nivel de CVRS (92,5), mientras las personas jubiladas en el régimen subsidiado tienen el mejor nivel de EVA (85). Las personas que se dedican al hogar en el régimen subsidiado perciben una baja CVRS (72,0) con respecto a las del contributivo. El peor nivel de EVA lo refieren los discapacitados para ambos regímenes de salud (30 frente a 60 del subsidiado).

Podemos mencionar que en conclusión las personas enfermas evaluadas para ambos regímenes de salud (80,8 frente a 76,2 del subsidiado), así como las mujeres (85,1 frente a 75,7), los solteros (84,5 frente a 78,1) y las personas discapacitadas (30 frente a 60), tienen una percepción baja de su calidad de vida, pudiendo inferir que estas condiciones personales afectan la medida y deben ser tenidos en cuenta cuando se evalúa la CVRS, porque generan variaciones en la medida.

La conclusión que se puede anotar de este análisis es el reconocimiento de que las condiciones por si mismas en las que vive el individuo y que pueden ser de alguna manera, opciones personales del desarrollo de su vida, afectan los cambios de la CVRS, por esta razón es necesario, reconocer estas características individuales, tratando de agruparlas y homogenizarlas dentro de la población a evaluar, y tener en cuenta que el individuo va a generar cambios en la medida cada vez que se perciban cambios en el contexto en el que se desarrolla.

### **7.8 Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud según el estado de salud para el régimen contributivo.**

La medida de CVRS, fue tomada mediante la escala EQ5D-5L, esta escala como fue explicado en la metodología, consta de cinco dimensiones (movilidad, auto-cuidado, actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión), las cuales describen el estado general de salud; cada una de estas dimensiones tiene cinco posibles respuestas que indican cinco niveles desde: No tengo problemas, hasta problemas graves, o extremos que impiden realizar la actividad, describiendo así la severidad del estado de salud evaluado en cada dimensión.

Para realizar el análisis de CVRS, se empezará por evaluar los problemas de salud encontrados en el grupo de encuestados en cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente, de acuerdo al régimen de salud. Con el fin de realizar una descripción de los datos generales encontrados. (Tabla 11).

**Tabla 11. Evaluación del estado de salud por dimensión para el grupo de estudio en el régimen contributivo.**

<b>Movilidad</b>	Total	%
No tengo problemas para caminar	67	87
Tengo problemas leves para caminar	8	10,4



Tengo problemas moderados para caminar	0	0
Tengo problemas graves para caminar	2	2,6
No puedo caminar	0	0
<b>Autocuidado</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo problemas para lavarme o vestirme	72	93,5
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	4	5,19
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	0	0
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	1	1,3
No puedo lavarme o vestirme	0	0
<b>Actividades habituales</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo problemas para realizar actividades habituales	61	79,2
Tengo problemas leves para realizar actividades habituales	12	15,6
Tengo problemas moderados para realizar actividades habituales	3	3,9
Tengo problemas graves para realizar actividades habituales	1	1,3
No puedo realizar actividades habituales	0	0
<b>Dolor/malestar</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo dolor ni malestar	43	55,8
Tengo dolor o malestar leve	24	31,2
Tengo dolor o malestar moderado	7	9,09
Tengo dolor o malestar fuerte	3	3,9
Tengo dolor o malestar extremo	0	0
<b>Ansiedad/ depresión</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No estoy ansioso ni deprimido	52	67,5
Estoy levemente ansioso y deprimido	15	19,5
Estoy moderadamente ansioso y deprimido	7	9,09
Estoy muy ansioso y deprimido	3	3,9
Estoy extremadamente ansioso y deprimido	0	0

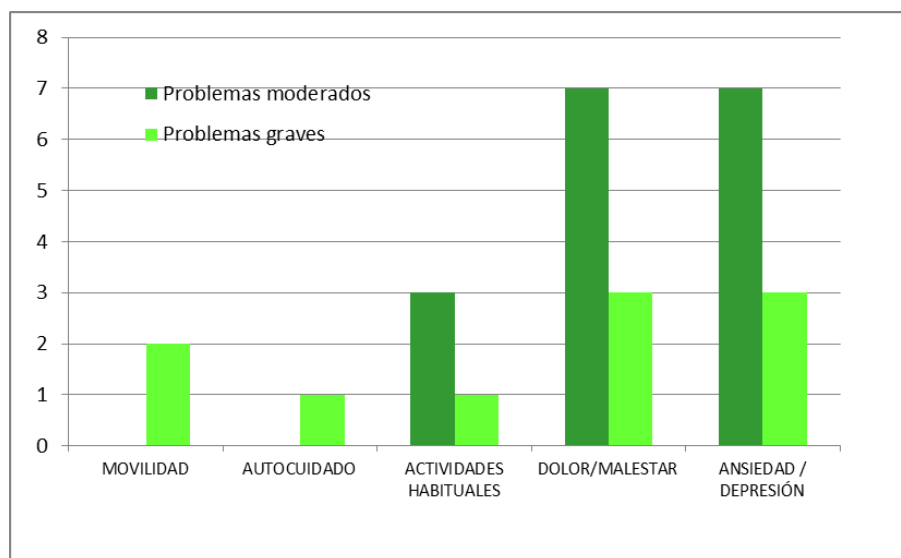
Fuente: elaboración de la autora, 2014.

Como se observa en la tabla, el mayor porcentaje de la población encuestada, refirió no tener problemas en ninguna de las dimensiones evaluadas por el instrumento EQ5D-5L (87%, 93,5%, 79,2%, 55,8% y 67,5 %). Adicionalmente ningún participante evaluó su condición en el máximo nivel de severidad para ninguna dimensión.

En la dimensión dolor/malestar y ansiedad/depresión se presentaron mayores dificultades en cuanto al nivel de severidad de la condición, encontrando que en la dimensión dolor/malestar, con nivel de severidad fuerte se presentó en el 3,9 % de los encuestados, igualando la proporción de muy ansioso o deprimido. La mayor frecuencia de respuestas en los encuestados, el 31,2 %, refirió tener dolor o malestar leve al momento de responder la encuesta.

Así mismo, menos del 10 % de los encuestados mencionaron encontrarse dentro de los niveles de severidad moderado y grave de cada una de las dimensiones evaluadas, para el régimen contributivo.

**Gráfica 5. Distribución de los estados moderados y graves en cada dimensión para el grupo de población del régimen contributivo.**



**Fuente:** elaboración de la autora, 2014.

En el gráfico anterior, la mayor cantidad de personas que refieren tener problemas moderados y graves, lo hacen cuando evalúan las dimensiones dolor/malestar (9,09 % y 3,9 %) y ansiedad/depresión (9,09 % y 3,9 %). Llama la atención que el mismo número de encuestados se encuentra con un nivel moderado y grave en las dos dimensiones, dolor/malestar y ansiedad/depresión, este hecho permite pensar que las dimensiones

dolor/malestar y ansiedad/depresión se correlacionan y cada una de ellas puede afectar a la otra en alguna medida.

En la dimensión actividades habituales, el 1,3 % de la población tienen problemas graves mientras que el 3,9 % refiere problemas moderados. En cuanto a la movilidad y autocuidado existen problemas graves en el 2,6 % y 1,3 % de la población respectivamente.

### **7.9 Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud según el estado de salud para el régimen subsidiado.**

Cuando se realizó el análisis para el régimen subsidiado se encontró que, aunque la mayoría de las personas evaluaron en cada dimensión la opción de no tener problemas (movilidad 72,7 %, autocuidado 92,2 %, actividades habituales 72,7 %, dolor/malestar 49,4 %, ansiedad/depresión 57,1 %). La proporción general es menor, y se observa que se presentan grados de severidad máxima en dimensiones como autocuidado (no puedo lavarme ni vestirme 2,6 %), dolor/malestar (dolor o malestar extremo 1,3 %) ansiedad (extremadamente ansioso y deprimido 2,6 %). Ver tabla 12.

En la dimensión dolor/malestar el 23,4 % manifiesta tener un grado de severidad leve, mientras que el 28,6 % está levemente ansioso y deprimido. Así mismo el 20,8 % tiene problemas leves para realizar actividades habituales. Es decir que más del 20 % de la población del régimen subsidiado tiene afectada levemente alguna de las tres dimensiones mencionadas anteriormente.

**Tabla 12. Evaluación del estado de salud por dimensión para el grupo de estudio en el régimen subsidiado.**

<b>Movilidad</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo problemas para caminar	56	72,7
Tengo problemas leves para caminar	13	16,9
Tengo problemas moderados para caminar	3	3,9

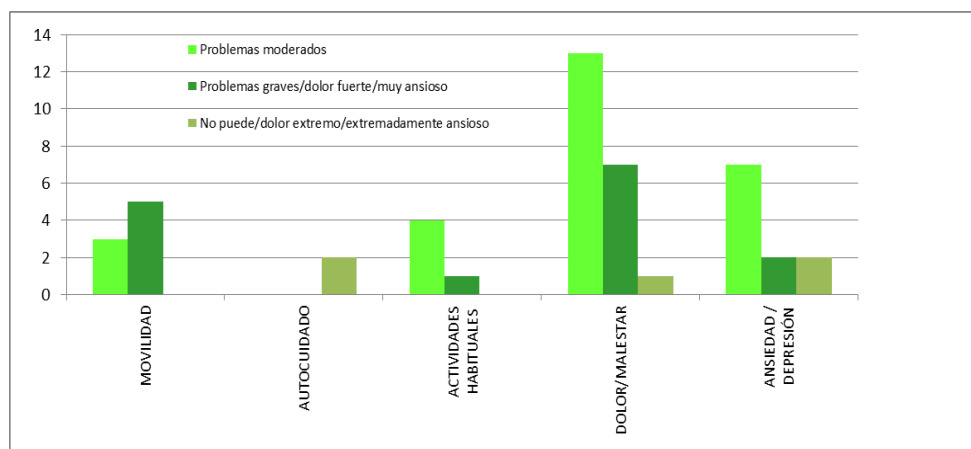
Tengo problemas graves para caminar	5	6,5
No puedo caminar	0	0,0
<b>Autocuidado</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo problemas para lavarme o vestirme	71	92,2
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	4	5,2
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	0	0,0
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	0	0,0
No puedo lavarme o vestirme	2	2,6
<b>Actividades habituales</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo problemas para realizar actividades habituales	56	72,7
Tengo problemas leves para realizar actividades habituales	16	20,8
Tengo problemas moderados para realizar actividades habituales	4	5,2
Tengo problemas graves para realizar actividades habituales	1	1,3
No puedo realizar actividades habituales	0	0,0
<b>Dolor/malestar</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo dolor ni malestar	38	49,4
Tengo dolor o malestar leve	18	23,4
Tengo dolor o malestar moderado	13	16,9
Tengo dolor o malestar fuerte	7	9,1
Tengo dolor o malestar extremo	1	1,3
<b>Ansiedad/depresión</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No estoy ansioso ni deprimido	44	57,1
Estoy levemente ansioso y deprimido	22	28,6
Estoy moderadamente ansioso y deprimido	7	9,1
Estoy muy ansioso y deprimido	2	2,6
Estoy extremadamente ansioso y deprimido	2	2,6

Fuente: elaboración de la autora, 2014.

En la Gráfica 6, se observa como en cada una de las dimensiones evaluadas, los encuestados se distribuyen en cada nivel de severidad, inclusive hasta en los máximos posibles. Se observa como casi el 5 % de los participantes al momento de contestar las preguntas, se encontraban con dolores fuertes y muy ansiosos.

Se puede decir que aunque no es tan marcada la relación entre la dimensión dolor/malestar y ansiedad/depresión, sí son dimensiones donde las personas se ubican fácilmente en los niveles de severidad más altos.

**Gráfica 6. Distribución de los estados moderado grave y extremo en cada dimensión para el grupo de población del régimen subsidiado**



Fuente: elaboración de la autora, 2014.

### 7.10 Análisis comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud según el estado de salud para ambos regímenes.

Comparando el resultado del régimen subsidiado con lo encontrado en el régimen contributivo, se observa que existen personas que evaluaron su condición en el máximo nivel de severidad, en la dimensión auto-cuidado (no puede lavarse o vestirse el 2,6 % del subsidiado frente a 0 del contributivo), el dolor extremo se observa en el 1.3 % de la población subsidiada, frente a 0 del contributivo. En la dimensión ansiedad/depresión existe un 2,6 % de las personas con la severidad máxima mientras que en el régimen contributivo es 0.

Este hecho diferencia los dos grupos dado que en el régimen contributivo la frecuencia de elección de estos niveles de severidad fue menor al 5 % de los encuestados, mientras que

para el régimen subsidiado los niveles de severidad alcanzaron casi al 10 % de los encuestados en la dimensión de dolor y malestar.

Como se observa en la tabla 12, en la dimensión de autocuidado más del 90 % de la población del régimen subsidiado, refirió no tener problemas para lavarse o vestirse, al igual que en el régimen contributivo, con la diferencia de que en esta dimensión se encontraron encuestados que refieren tener el máximo nivel de severidad, mencionando que no podían lavarse o vestirse solos (2,6 %).

En la dimensión de movilidad cuando se compara con el régimen contributivo, en el régimen subsidiado existen más personas con condiciones graves para caminar siendo para el contributivo el 2.6 % de los encuestados mientras en el subsidiado el 6,5 %. Así mismo en la dimensión dolor/malestar (1.3 %) y ansiedad/depresión (2,6 %) se encontraron personas con el máximo nivel de severidad en su condición de salud general, mientras que en el régimen contributivo ningún encuestado refirió estar en el nivel máximo de severidad.

El 50 % de la población en este grupo ubica la severidad de su condición como leve y se distribuyen en niveles de severidad más graves que en el régimen contributivo.

**Tabla 13. Comparativo de la evaluación del estado de salud por dimensión para ambos regímenes.**

Dimensión	Contributivo		Subsidiado	
	Total	%	Total	%
<b>Movilidad</b>				
No tengo problemas para caminar	67	87	56	72,7
Tengo problemas leves para caminar	8	10,4	13	16,9
Tengo problemas moderados para caminar	0	0	3	3,9
Tengo problemas graves para caminar	2	2,6	5	6,5
No puedo caminar	0	0	0	0,0
<b>Autocuidado</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo problemas para lavarme o vestirme	72	93,5	71	92,2

Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	4	5,19	4	5,2
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	0	0	0	0,0
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	1	1,3	0	0,0
No puedo lavarme o vestirme	0	0	2	2,6
<b>Actividades habituales</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo problemas para realizar actividades habituales	61	79,2	56	72,7
Tengo problemas leves para realizar actividades habituales	12	15,6	16	20,8
Tengo problemas moderados para realizar actividades habituales	3	3,9	4	5,2
Tengo problemas graves para realizar actividades habituales	1	1,3	1	1,3
No puedo realizar actividades habituales	0	0	0	0,0
<b>Dolor/malestar</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No tengo dolor ni malestar	43	55,8	38	49,4
Tengo dolor o malestar leve	24	31,2	18	23,4
Tengo dolor o malestar moderado	7	9,09	13	16,9
Tengo dolor o malestar fuerte	3	3,9	7	9,1
Tengo dolor o malestar extremo	0	0	1	1,3
<b>Ansiedad/ depresión</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
No estoy ansioso ni deprimido	52	67,5	44	57,1
Estoy levemente ansioso y deprimido	15	19,5	22	28,6
Estoy moderadamente ansioso y deprimido	7	9,09	7	9,1
Estoy muy ansioso y deprimido	3	3,9	2	2,6
Estoy extremadamente ansioso y deprimido	0	0	2	2,6

**Fuente:** elaboración de la autora, 2014.

Comparada la distribución de la población total del régimen contributivo, con la distribución total de la población en el régimen subsidiado, se observa que existen peores estados de salud en el grupo de entrevistados del régimen subsidiado que en el grupo de entrevistados del régimen contributivo.

### 7.11 Análisis del promedio de la EVA según presencia o ausencia de enfermedad para cada dimensión con nivel de severidad

Teniendo en cuenta la severidad de los estados de salud, que son obtenidos de la parte descriptiva del EQ5D-5L, se cruzó la severidad de las dimensiones agrupándolas así: 1,2 corresponde a problemas leves o ausencia de problemas y 3, 4, 5 para problemas moderados, graves o severos. De acuerdo con la escala de severidad fue analizada la presencia o ausencia de enfermedad para cada régimen de forma comparativa, queriendo observar diferencias a través del puntaje de la EVA.

Se observa en la tabla 14, que para grados severos (3, 4, 5) de la condición de salud, se obtuvo un menor nivel de EVA, adicionalmente las personas enfermas de ambos regímenes tienen peor percepción de su estado de salud en cada una de las dimensiones estudiadas, manteniendo una más baja percepción de la EVA en los enfermos del grupo subsidiado con respecto al grupo de enfermos del contributivo.

Para la dimensión de movilidad con severidad (3,4) en el régimen subsidiado, ninguno de los encuestados respondió no estar enfermo al momento de realizar la encuesta, es decir que cuando se tienen estos niveles de severidad en la dimensión de movilidad todos consideraron estar enfermos. Comparado este resultado con la dimensión de dolor, donde las personas que reportan tener dolor/malestar moderado, grave o severo pueden considerarse sanas, lo que podría definir que la dimensión de movilidad influye más en la percepción de salud enfermedad que la dimensión de dolor/ malestar. Los encuestados pueden sufrir dolores en escala de severidad alta y considerar que están sanos.

**Tabla 14. Promedio de EVA según la severidad del estado de salud y la ausencia o presencia de enfermedad.**

Dimensión(Estado de Salud)	Contributivo		Subsidiado	
	Puntaje $\bar{X}$ EVA en:		Puntaje $\bar{X}$ EVA en:	
	Enfermo Sí (DE)	Enfermo No (DE)	Enfermo Sí (DE)	Enfermo No (DE)



Movilidad 3,4	70	94	56,25(15,9)	*
Movilidad 1,2	81,1(15,5)	88,6(11,6)	81,7(18,4)	82,55(16,7)
Autocuidado 4,5		30**	70**	
Autocuidado 1,2	82,5(12,4)	88,7(11,5)	76,6(21,2)	82,55(16,7)
Actividad diaria 3,4	60	88	45(10)	88
Actividad diaria 1,2	83,0(12,6)	88,7(11,6)	80,0(18,3)	82,4(16,9)
Dolor 3,4,5	65,8(18,0)	78,2(18,9)	62,5(21,7)	72,5(15,9)
Dolor 1,2	84,4(12,7)	89,7(10,4)	82,8(16,8)	85,4(16,0)
Ansiedad/depresión 3,4,5	73,7(14,3)	87,6(12,5)	55(25,1)	71,8(20,7)
Ansiedad/depresión 1,2	82,8(13,3)	88,8(11,6)	78,8(18,9)	84,8(15,2)

Fuente: elaboración de la autora, 2014.

\* No existen personas que reportan en este estado de severidad en la dimensión movilidad.

\*\* Solamente una persona responde ha este estado de severidad (4,5) en la dimensión autocuidado y actividad diaria 3,4

DE: Desviación estándar.

Se encontró, que la CVRS medida con la EVA, varía dependiendo el estado de salud que perciba el individuo, a escalas severas de las dimensiones, las personas disminuyen su percepción del estado de salud. Es decir que cuando se analiza la CVRS, se debe tener en cuenta el estado de salud de los participantes, y la severidad de las condiciones lo que influirá en las variaciones de la medida.

## 7.12 Análisis de acceso a servicios de salud para el régimen contributivo

Dentro de esta investigación, el análisis de acceso a servicios de salud fue visto como, el uso efectivo de los servicios entendiendo que la cobertura y el acceso son cosas diferentes y que dentro del acceso se pretende evaluar la prestación eficaz del servicio. El acceso fue evaluado teniendo en cuenta que si la persona tiene necesidad de la atención, la recibe o no, y si esta atención fue satisfactoria o no. El acceso al servicio entonces es medido en función del uso real del servicio y la percepción de bienestar que causó la obtención de este servicio.

El cuestionario realizado para recolectar la información de esta investigación, se basó en la escala de Likert que mide el grado positivo, neutral o negativo frente a una situación, en este caso frente a las características de atención del servicio de salud y de la satisfacción luego del uso de este.

Aunque en la encuesta estaban seis posibles respuestas, en una escala de la peor percepción hasta la mejor percepción en cada característica, con el propósito de evitar el efecto piso o techo en el encuestado; el análisis para los resultados, se realizó agrupando estas respuestas según la similitud de ellas en cada grado (negativo, neutral y positivo) de cada situación, además de la posibilidad de no saber o no recordar la característica en el momento de la encuesta.

Los resultados generales sobre acceso a servicios para el régimen contributivo, mostraron que del total de los encuestados la mayoría perciben en cada una de las características evaluadas un acceso positivo a los servicios de salud en cuanto a trámite (55.8 %), tiempo de espera desde que necesitó el servicio hasta que se lo brindaron (49,4 %), solución o respuesta ante la necesidad de salud que tenía (49,4 %) y por último la satisfacción del servicio brindado (59,7 %).

En este grupo la percepción negativa, de cada una de las condiciones de acceso, se encuentra entre el 20,0 % y el 30.0 %. Los datos reflejan que la posición neutral de los encuestados es alta y superó en todos los casos al 10 % de los encuestados.

### **7.13 Análisis de acceso a servicios de salud para el régimen subsidiado.**

Por su parte en el régimen subsidiado, se evidenció que más del 50 % de los encuestados se encuentra satisfecho con la atención recibida, y siente que la solución que le dieron a su necesidad de salud fue buena. El trámite para el 37,7 % de los encuestados fue complicado y para el 33,8 % el tiempo que tuvo que esperar desde que solicitó el servicio de salud hasta que lo atendieron fue largo.

Se observa que la solución de salud, para solamente el 18,2 % fue mala y el 20,8 % se siente insatisfecho con el servicio. Es decir que la población del régimen subsidiado percibe que recibe una buena solución cuando necesita el servicio, aunque siente que el trámite es complicado 37,7 % y el tiempo de espera es largo 33,8 %. (Tabla 16).

#### 7.14 Análisis de acceso a servicios de salud comparando ambos regímenes.

Como se observa en la tabla 15, el mayor porcentaje de encuestados, 59,7 % se encuentran satisfechos con la atención que recibieron es decir tienen una percepción positiva, mientras que en general la percepción negativa en cada una de las características evaluadas se mantuvo entre el 24 % y el 30 %.

**Tabla 15. Nivel de acceso encontrado para cada uno de las condiciones analizadas para cada régimen de salud (contributivo, subsidiado).**

Contributivo								
Trámite	Complicado	%	Ni complicado/ ni sencillo	%	Sencillo	%	No sabe o no recuerda	Total
	22	28,6	12	15,6	43	55,8	0	77
Tiempo	Largo	%	Ni largo/ni corto	%	Corto	%	No sabe o no recuerda	Total
	23	29,9	16	20,8	38	49,4	0	77
Solución	Mala	%	Ni mala/ni buena	%	Buena	%	No sabe o no recuerda	Total
	19	24,7	19	24,7	38	49,4	1(1,2 %)	77
Satisfacción	Insatisfecho	%	Ni insatisfecho/ni satisfecho	%	Satisfecho	%	No sabe o no recuerda	Total
	22	28,6	9	11,7	46	59,7	0	77
Subsidiado								
Trámite	Complicado	%	Ni complicado/ni sencillo	%	Sencillo	%	No sabe o no recuerda	Total
	29	37,7	12	15,6	36	46,8	0	77
Tiempo	Largo	%	Ni largo/ni corto	%	Corto	%	No sabe o no recuerda	Total
	26	33,8	15	19,5	36	46,8	0	77
Solución	Mala	%	Ni mala/ni buena	%	Buena	%	No sabe o no recuerda	Total

	14	18,2	19	24,7	44	57,1	0	77
Satisfacción	Insatisfecho	%	Ni insatisfecho/ni satisfecho	%	Satisfecho	%	No sabe o no recuerda	Total
	16	20,8	17	22,1	44	57,1	0	77

**Fuente:** elaboración de la autora, 2014.

Los resultados mostraron que 20,8 % tienen una percepción positiva de todas las características del acceso evaluadas incluidas la satisfacción del servicio, mientras que el 10,4 % percibe un acceso negativo en todas las características evaluadas.

En general la percepción de acceso a los servicios de salud fue positiva para todas las características en ambos regímenes de salud y se observa que del total de población entre el 46,8 % y el 59,7 % perciben facilidades en el trámite, tiempo, solución y satisfacción.

Mientras que la percepción de mal acceso se mantuvo entre el 20,8 % y el 37,7 % de la población total. Este último dato se obtuvo de la característica trámite evaluada en el régimen subsidiado y es la característica con más mala percepción del total de las evaluadas. Cuando se compara esta misma característica con el régimen contributivo se observa que solamente el 28,6 % de los encuestados considera complicado el trámite.

La comparación de la percepción general de todas las características evaluadas en el subsidiado, con las del régimen contributivo muestra un aumento en la percepción positiva a un 31,2 % y se mantiene la percepción negativa con el 9,1 %.

Como se observa en la tabla 15, los encuestados para el régimen subsidiado, encuentran que el trámite y el tiempo, son las dos características que dificultan el acceso, aunque en general el 57 % se sienten satisfechos con la atención que recibió y con la solución que le brindaron.

La dificultad en los datos está, al igual que para el régimen contributivo, en la posición neutra que tomaron los encuestados, al no poder calificar el acceso de manera determinante

para el estudio. En ambos regímenes las personas mencionaron que el acceso a los servicios de salud pudiera ser mejor pero también podría ser peor, por tanto su posición se mantiene en la ambigüedad.

Por otra parte y basado en el modelo contextual de CVRS, se entiende que el estado de salud general, que se encuentra en el micro nivel, afecta la percepción de CVRS de las personas. Como en este análisis se muestran los resultados de percepción de acceso a los servicios de salud, se realizó un análisis descriptivo de cómo la percepción de acceso al servicio se puede ver afectada por la condición de salud de la persona.

De estos datos también es posible concluir que cuando se comparan los enfermos de ambos regímenes, los enfermos del régimen subsidiado refieren mayores complicaciones en el trámite, y en el tiempo (32,4 %) que los enfermos del régimen contributivo (entre 29 % y 32 %). Mientras que los enfermos contributivos refieren peor acceso cuando se mide satisfacción y solución (25,8 % vrs 13,5% a 16,2 %). De otra parte del grupo de enfermos del subsidiado es importante mencionar que perciben una mejor solución de salud (62,1 %) y satisfacción con el sistema (72,9 %) que los enfermos del régimen contributivo (58,0% para solución y 64,5% para satisfacción). Ver gráfico 7.

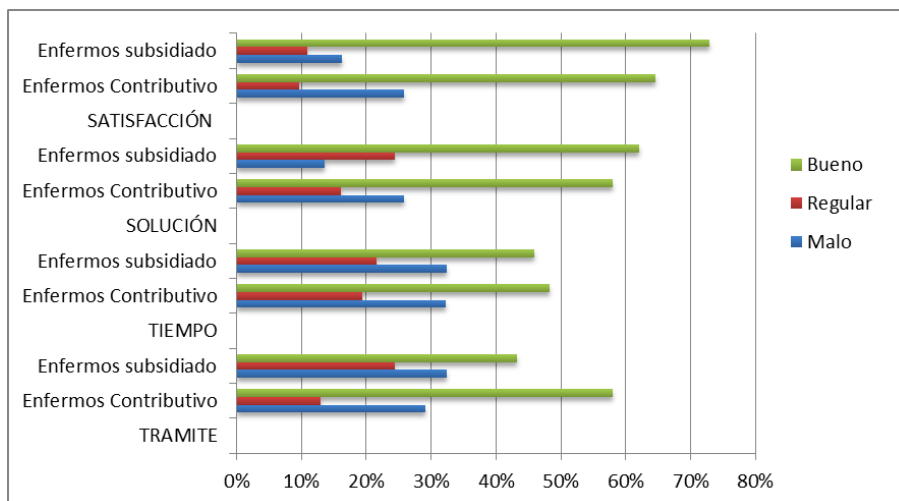
Este resultado, demuestra que los encuestados que están afiliados al régimen contributivo tienen facilidades para acceder al servicio de salud en cuanto a los trámites que deben realizar y al tiempo que deben esperar para la consulta hasta que la obtienen; pero luego de lograr la entrada al sistema no encuentran una solución adecuada a su problema y no están satisfechos con la atención que recibieron. Puede considerarse que como los afiliados al régimen contributivo realizan un pago para recibir los servicios piensan que deberían recibir un mejor servicio, mientras que en el grupo de subsidiado las personas se sienten satisfechas con el servicio que reciben dado que no podrían pagar uno mejor.

Por su parte los usuarios del régimen subsidiado, encuentran dificultades en el trámite para recibir el servicio y se les hace largo el tiempo de espera para obtener ese servicio; pero una

vez reciben el servicio encuentran respuestas adecuadas a su solicitud y se sienten satisfechos con la atención.

Este resultado plantea que no solamente la prontitud de la atención y la disminución de trámites para acceder a los servicios, deben ser tenidas en cuenta a la hora de mejorar la prestación de los servicios de salud, sino que por el contrario una vez que estas condiciones son favorables se debe trabajar en mejorar las respuestas que se le dan al paciente, y el tratamiento médico que reciba para que exista satisfacción luego del uso de los servicios de salud.

**Gráfica 7. Comparativo de la percepción de acceso, entre el grupo de enfermos del régimen subsidiado y el grupo de enfermos del régimen contributivo.**



**Fuente:** elaboración de la autora, 2014.

Los resultados demuestran que comparando los dos grupos, existen diferencias significativas en la percepción del acceso a los servicios de salud, cuando es evaluada en cada una de estas características, encontrando que para los del grupo de enfermos del régimen contributivo es peor la percepción en cuanto a satisfacción y solución que la percepción del grupo de enfermos del régimen subsidiado, así mismo en el grupo de los subsidiados es peor la percepción de acceso medida en trámite y tiempo.

El resultado reconoce, el hecho que la existencia y diferenciación de dos regímenes en salud mantiene las inequidades en el sistema y enfrenta a cada grupo a dificultades diferentes que deben ser manejadas de acuerdo a la situación de cada uno de estos grupos y sus necesidades.

### **7.15 Análisis de los estados de salud encontrados en el régimen contributivo**

El análisis de los datos de la medida de CVRS, también se realizó por cada una de las variables preguntadas en la encuesta que son parte del análisis descriptivo de la población, usando el resultado global de la escala descriptiva de EQ5D-5L.

Se encontraron 28 estados de salud diferentes, los cuales fueron reportados por las 77 personas encuestadas en el régimen contributivo, que van del estado 11111 que equivale a ningún problema en ninguna dimensión hasta 32233 que equivale a un estado donde existen problemas de movilidad moderados al igual que dolor y ansiedad moderada.

Los estados de salud son obtenidos cuando se evalúan las dimensiones tenidas en cuenta en el instrumento, la persona encuestada puede escoger entre cinco posibles respuestas que van desde 1=Ningún problema, hasta 5=No poder realizar la actividad. Los estados de salud son obtenidos de las respuestas aleatorias que el encuestado puede dar, a cada una de las dimensiones evaluadas, variando de 11111 a 55555.

El 42,8 % de los encuestados no presenta ningún problema en su estado de salud, mientras que el 57,1% percibe algún grado de complicación en alguna dimensión evaluada. Este último porcentaje se distribuye en los 27 estados posibles, diferentes al 11111.

Cuando se compara este resultado con los datos obtenidos en la encuesta con respecto a padecer enfermedad, el resultado muestra que las personas que refirieron estar sanos disminuyeron, cuando se evalúa el estado de salud en cada una de las dimensiones del

EQ5D-5L, dado que el 40.2 % refirió padecer una enfermedad, y el dato aumenta a 57.1 % de personas que mencionan una dificultad en alguna dimensión evaluada.

Es decir que los entrevistados asumen estar sanos cuando se les pregunta si padecen de alguna enfermedad, pero una vez se evalúa el estado de salud por dimensiones, los usuarios mencionan encontrar afectada alguna de las dimensiones por tanto aunque no tengan un diagnóstico de enfermedad perciben dificultades que afectan la CVRS.

Para el estado de salud 11111, estado sano se encontraron 33 personas, la distribución por sexo fue similar, (16 hombres frente a 17 mujeres). En el estado de salud reportado como sano existieron tres hombres que mencionan estar enfermos, comparado con cuatro mujeres que lo refieren, es decir que aunque no sienten afectada ninguna de las dimensiones evaluadas pueden tener un diagnóstico de alguna enfermedad. En este estado de salud la mayoría de la población se encuentra casada (19 personas) y trabajando (11 personas).

El peor estado de salud encontrado fue el estado en el cual el paciente tiene problemas moderados para caminar, problemas leves para bañarse o vestirse así como para realizar actividades habituales, en cuanto a la dimensión dolor/malestar y ansiedad/depresión son moderados (estado 32233), este estado fue referido por solamente un encuestado, esta persona era mujer, se encontraba enferma al momento de la encuesta estaba casada y tenía trabajo. El peor estado de salud encontrado no se relaciona con condiciones como el estado civil o la actividad económica pero si se puede asociar con estar enfermo al momento de realizar la encuesta.

En el estado de salud en el cual solamente está afectada la dimensión dolor/malestar de forma leve y que se codifica con el (11121), se presentó en 9 personas de las encuestadas, la mayoría de ellas mujeres (6). Las mujeres que lo refieren cinco están casadas y una soltera 3 de ellas refieren estar enfermas y todas trabajan.



En el estado 11112 que significa problemas leves en la dimensión de ansiedad/depresión se ubicaron seis encuestados, cinco mujeres y un hombre, de las mujeres 2 estaban casadas y el resto solteras y cuatro de ellas trabajan, se observa entonces que es más común que las mujeres sientan afectada esta dimensión que los hombres.

Dado que la muestra es pequeña, y la posibilidad de encontrarse en cualquiera de los 3152 estados es amplia. Existe un 90 % de los estados que solamente son reportados por una persona. Es necesario tener una muestra mucho más grande para realizar inferencias sobre estos estados. (Anexo 5).

#### **7.16 Análisis de los estados de salud encontrados en el régimen subsidiado**

Se encontraron 34 estados de salud en el grupo encuestado en este régimen, seis más que los reportados en el régimen contributivo, los estados de salud encontrados van desde el 11111 referenciado ningún problema de salud en todas las dimensiones, hasta el 41431 que indica que hay problemas graves para caminar, no existen problemas para bañarse o vestirse ni de ansiedad/depresión pero hay problemas graves para realizar actividades habituales y existe dolor fuerte. El estado de salud que más se repite dentro de los encuestados fue el sano (11111), cuando se compara con el régimen contributivo, el estado de salud más frecuente es el mismo.

Aunque este resultado en cuanto a frecuencia del estado, es el mismo en ambos regímenes, el porcentaje de personas que lo refirieron fue menor para el subsidiado 31,1 %, comparado con el grupo anterior donde fue más del 40 %.

El estado sano se distribuye de forma similar entre hombres (13) y mujeres (11). La mayoría de la población está casada (12) al igual que la del régimen contributivo (19) que refirió este estado, de igual forma la mayoría de personas en este estado de salud se encuentran trabajando (17) ninguno de los entrevistados que se ubica en este estado de salud está buscando trabajo, y se resalta el hecho de que existe el mismo número de

personas que están solteras en ambos sexos (4). En cuanto a la condición de enfermedad solamente seis personas refirieron estarlo aunque se ubiquen con ningún problema en cada una de las dimensiones.

Siguiendo con los resultados generales encontrados para el grupo del subsidiado, el estado de salud que le sigue en frecuencia al reportado en los párrafos anteriores, es en el cual la dimensión de dolor se encuentra levemente afectada representado por el número 11121. Este estado fue reportado por seis personas, tres hombres y tres mujeres. Cuatro del total están casados y trabajan 3 de ellos. Tres de los encuestados reportan estar enfermos.

En este grupo de estudio los estados reportados fueron más severos comparados con los del régimen contributivo. Se cuenta con el estado representado por los números 41431 que significa tener problemas graves para caminar, así como problemas graves para realizar actividades habituales, y el dolor que se presenta es moderado. Así también el estado el estado representado por los números 41333 fue reportado en este grupo y manifiesta la gravedad de la condición en cuanto a dolor/malestar, ansiedad/depresión y actividades habituales además de los problemas graves para caminar, la persona que refirió este estado menciona que esta incapacitada y su nivel de EVA es de 60.

En el anexo 6, se observa la distribución de los resultados por cada uno de los 32 estados encontrados.

En conclusión se encontró que para el régimen subsidiado existen unas condiciones de salud con mayor severidad que las encontradas en el régimen contributivo, y estas condiciones influyen en la medida de CVRS obtenida con la EVA.

### **7.17 Análisis de calidad de vida relacionada con la salud (EVA) y nivel de acceso**

El último análisis realizado, tuvo en cuenta el acceso medido como un total, es decir que se tuvieron en cuenta las cuatro características analizadas (trámite, tiempo, satisfacción y

solución). Los encuestados que respondieron al total de características de acceso como malas (complicado, largo, insatisfecho y mala) fueron incluidos en el grupo de población con mal acceso, así mismo la población que respondió a la totalidad de las características como buenas (muy sencillo, corto, muy satisfecho y muy buena) conformo el grupo con buen acceso.

Una vez realizada esta agrupación se cruzó el promedio de la EVA con las condiciones generales de esta población (enfermo/sano, hombre/mujer, estado civil, y actividad económica), por régimen de afiliación como se observa en la siguiente tabla:

**Tabla 16. Análisis de EVA, de acuerdo al nivel de acceso, para cada uno de los regímenes teniendo en cuenta las características generales de cada población.**

	Contributivo $\bar{x}$ EVA		Subsidiado $\bar{x}$ EVA		≠ estadística	
	Acceso		Acceso			
Característica	Bueno $\bar{x}$ EVA (DE)	Malo $\bar{x}$ EVA (DE)	Bueno $\bar{x}$ EVA (DE)	Malo $\bar{x}$ EVA (DE)	P bueno	P malo
<b>Enfermo</b>						
<b>Sí</b>	89,44 (5,83)	61,25(25,89)	76,17(20,91)	80 (14,14)	0,136	0,039
<b>No</b>	90,27(11,74)	92 (4)	80,08(20,57)	90 (10,61)	0,149	0,058
<b>Sexo</b>						
<b>Hombre</b>	92,25 (6,29)	70,83(24,58)	80,44(18,43)	93,00(6,71)	0,110	0,071
<b>Mujer</b>	88,33 (10,73)	94,00(5,66)	76,73(21,98)	72,50(3,54)	0,175	0,026
<b>Estado civil</b>						
<b>Casado/unión libre</b>	91,11(4,86)	76,25(17,02)	73,13(23,14)	88,33 (12,58)	0,110	0,045
<b>Divorciado separado</b>	97,50(3,54)		81,00(22,23)	85,00	0,039	
<b>Soltero</b>	87,00(12,49)	77,00(31,56)	80,50(19,13)	86,67(15,28)	0,136	0,045
<b>Actividad económica</b>						
<b>Buscando trabajo</b>		90	50,00			
<b>Empleado o trabajador independiente</b>	90,19(10,09)	84,60 (16,91)	76,57(19,19)	87,00 (13,96)	0,195	0,065
<b>Estudiante</b>			85,50(27,01)	90,00		
<b>Hogar</b>	92,50(3,54)		82,20(19,08)		0,045	
<b>Pensionado o jubilado</b>	85,00(7,07)	70,00		85,00		0,013
<b>Incapacitado</b>		30,00				

Fuente: elaboración de la autora, 2014.

Las personas enfermas del régimen contributivo que califican el acceso como malo tienen una EVA promedio de 61,25 que es menor que la de las personas enfermas que consideran tener un buen acceso 89,44. Con respecto a las sanas (no enfermo) la EVA no se ve afectada por el buen o mal acceso. (EVA buen acceso 90,27) (EVA mal acceso 92,0).

En el régimen subsidiado las personas enfermas parecen tener una mejor CVRS (EVA 80), cuando su calificación de acceso es mala, que cuando califican el acceso como bueno (EVA 76,17) esto puede deberse a que una vez enfermos, sienten que aunque existan dificultades, pueden obtener los servicios y recuperar su salud.

Se observa adicionalmente que las personas sanas para ambos regímenes tienen una EVA superior a 80,08, así existan dificultades de acceso, comparadas con las personas enfermas con percepción de un mal acceso cuyo EVA inferior es de 61,25, lo que demostraría que afecta más el estar enfermo que el acceso a los servicios de salud en la medida de CVRS obtenida con la EVA.

Cuando se analizan las características generales de ambas poblaciones, se observa que los hombres disminuyen la medida de EVA (70,83), por percibir un mal acceso en el régimen contributivo mientras que los hombres del régimen subsidiado no ven afectada su EVA (80,44) por el contrario, aumentan el nivel en la escala (93,00). En contraposición las mujeres del contributivo ven afectada su EVA positivamente si tienen percepción de mal acceso (94,00), mientras que las mujeres en el subsidiado ven afectada su EVA (72,50) negativamente por problemas de acceso.

Cuando se analiza el estado civil de las personas del régimen subsidiado relacionado al acceso que perciben y su cambio en la medida de la EVA, se observa que una mala percepción de acceso en cualquier estado civil afecta de manera positiva la EVA (de 73,13 a 88,33, de 81,00 a 85,00, y de 80,5 a 86,67). Para los afiliados al régimen subsidiado, las dificultades de acceso resultan en CVRS más altas que las que se obtuvieron en personas con acceso bueno, es posible que esta medida se deba a que las personas que tienen

dificultades en su acceso, usan frecuentemente el servicio y hallan en esta frecuencia aceptación de las dificultades que no afectan la medida la CVRS, en forma negativa.

Se puede concluir que las personas del régimen contributivo presentan variaciones de la medida por dificultades en el acceso, mientras que las personas del régimen subsidiado presentan estas variaciones pero positivas es decir mejoran la medida de la EVA.

En conclusión la medida de calidad de vida relacionada con la salud, medida con EVA se puede ver más frecuentemente afectada por la enfermedad que por el acceso a los servicios de salud en ambos grupo. Adicionalmente se encontró que mientras que para el grupo de encuestados hombres del régimen subsidiado el acceso no influye negativamente en la medida de CVRS de 80,44 a 93,00, en casados de 73,13 a 88,33, en solteros de 81,00 a 85,00 y en solteros de 80,50 a 86,67; mientras en la población del régimen contributivo si afecta significativamente, en hombres de 92,25 a 70,83, en personas casadas de 91,1 a 76,25 y en empleados o trabajadores independientes de 90,19 a 84,60.

Se observa que la medida de la EVA cambia de manera negativa, en la población subsidiada por situaciones diferentes al acceso tales como el estado civil casado 73,13 y la actividad económica buscando trabajo 50,0.

## **8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Las variaciones en la percepción de CVRS, por diferencias en el acceso, fueron confirmadas para una porción de la población, que aunque no es representativa, deja ver como la diferencia de régimen de afiliación a un sistema universal de salud, mantiene las inequidades que se han conservado a través de los años en el país.

Así mismo, la calidad de vida relacionada con la salud CVRS, como medida ordinal del estado de salud percibido por las personas, es un indicador real del sentir individual. Esta percepción que la mayoría de veces no es tomada en cuenta para medir la efectividad de las

políticas de salud, y el estado de salud de la población; debe reconocerse, dado que se ha demostrado que la medida es sensible a cualquier cambio en el contexto donde se desarrolle el individuo.

Aunque la CVRS, es un desenlace obtenido para evaluaciones de costo-utilidad de tecnologías en salud, y el uso que más frecuentemente se encuentra en la literatura refleja esta usanza; en este caso no llega a ser utilizado para estos fines, debido a que en Colombia no se han obtenido las medidas de utilidad necesarias para crear el índice de esta escala que puedan representar la CVRS de los colombianos.

Este estudio se llevó a cabo con el fin de darle reconocimiento a la percepción que tienen las personas de su entorno y de sus condiciones de vida relacionadas con la salud. El hecho de contar con un modelo contextual del concepto que plantea que la medida es afectada por múltiples contextos, le da validez a la necesidad de conocer como esta percepción de CVRS, se ve afectada por el sistema de salud.

Como se encontró en este estudio, las personas afiliadas al régimen subsidiado perciben una peor calidad de vida relacionada con la salud que las personas que están afiliadas al régimen contributivo. Adicionalmente se observa que se perciben más enfermos que la población del grupo contributivo.

Así mismo condiciones como el de ser mujer, la soltería y la falta de empleo afectan la medida. Además de que la condición de enfermedad también disminuye la percepción de CVRS. Es decir que si las personas que sufren de una enfermedad, son mujeres, solteras y sin empleo, su percepción se verá gravemente afectada.

Por el contrario las personas del régimen contributivo que están casados, se dedican al hogar y no están enfermas tienen la mejor percepción de CVRS. Es importante que condiciones como el ser mujer, estar discapacitado, y ser soltero para ambos grupos genera un bajo nivel de CVRS.

Cuando se evalúa el estado de salud agrupado por niveles de severidad, se observa que más que el nivel de severidad de la condición, la EVA como medida de CVRS se ve afectada por el estar o no estar enfermo; es decir que aunque la condición sea severa, cambia la percepción si la persona considera que está enferma o no lo está. Esto demuestra que si la persona no se percibe como enferma aunque tenga limitada alguna dimensión tendrá una mejor CVRS.

Los peores estados de salud, son percibidos por los usuarios del régimen subsidiado, lo cual sigue la estructura de que a peores condiciones sociales peor percepción del estado propio de la salud.

Lo novedoso en cuanto a esta investigación es la relación que se hace de la medida y el acceso a los servicios de salud con el fin de evaluar si este acceso hace que se presenten variaciones de esta medida. Desde el comienzo de la investigación se dividió a la población por régimen de afiliación contando que esta es la principal característica del acceso que se evalúa, adicionalmente se examinó el uso de servicios y la satisfacción luego del uso. Este modelo puede aportar al sistema de salud datos claves adicionales de la calidad de la atención y como esta calidad afecta a los usuarios.

El planteamiento que originó esta investigación fue comprobado para el régimen contributivo que percibe peor su CVRS cuando tiene dificultades en el acceso mientras que en el régimen subsidiado, la dificultad de acceso no parece influir en la medida, Se observa que en poblaciones con características homogéneas la percepción es similar.

Cuando se analiza el resultado de acceso y calidad de vida para el régimen contributivo, se encuentra afinidad con la “paradoja de las aspiraciones”, presentada en el informe del banco interamericano de desarrollo BID, en el informe Calidad de vida más allá de los hechos. (BID, 2008). Donde se menciona que la población latinoamericana, que está en peores condiciones materiales, está más satisfecha con los gobiernos, las políticas públicas,

y más felices con su calidad de vida. Es decir esta población es más benevolente con las condiciones sociales en las que se encuentra, mientras que las poblaciones más ricas son más exigentes porque cada vez viven mejor.

Los datos obtenidos mediante esta investigación, son fuente de referencia para estudios posteriores, en muestras representativas de la población, estudios que tengan como objetivo valorar la percepción de CVRS, de los individuos y las relaciones que puedan afectar estas variaciones. Es un nuevo tema que se incluye en la investigación del cual se puede obtener datos reales del estado de salud de la población frente al contexto en el que viven. Queda mucho por aprender de este tema y mucho por hacer con esta medida de percepción en el país.



## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. RODRÍGUEZ, Sandra. Trabajo de Investigación. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona [En Línea]. Junio de 2010 [fecha de consulta: 3 marzo de 2013]. Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>
2. Aday, L. A, Andersen, R. M. A framework for the study of access to medical care. En: Health Service Research. Vol. 9, número 3, 1974. p.p. 208-20.
3. Arredondo, A, Melendez, V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. En: Salud pública de México. Vol. 34, número 1, 1992. p.p. 36-49
4. Ashing-Giwa, K. T. The contextual model of HRQoL: A paradigm for expanding the HRQoL framework. En: Quality of Life Research. Vol. 14, número 2, 2005. p.p. 297-307.
5. CHICAÍZA, Liliana, GARCÍA, Mario & ROMANO, Giancarlo. (2013). Años de vida ajustados por calidad: evolución, fundamentos e implicaciones. Documentos FCE-CID [En Línea]. Abril de 2013 [fecha de consulta:]. Disponible en: [http://www.fce.unal.edu.co/media/files/doc\\_escuela\\_de\\_economia\\_n\\_47\\_chicaza.pdf](http://www.fce.unal.edu.co/media/files/doc_escuela_de_economia_n_47_chicaza.pdf). ISSN 2011-6322
6. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring Healthy Days. CDC [En Línea]. Noviembre 2000 [fecha de consulta: 12 Febrero 2013]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>.
7. Cella, D. F., Tulskey, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, y Brannon, J. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. Journal of Clinical Oncology. Vol. 11, número 3, 1993. p.p. 570-579.
8. Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE). Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes [En línea]. 2011 [fecha de consulta: abril de 2013]. Disponible en:

<http://encuestalongitudinal.uniandes.edu.co/index.php/es/2011/82-colombia-en-movimiento>

9. Universidad de los Andes. Colombia en Movimiento. Un análisis descriptivo basado en la encuesta longitudinal colombiana de la Universidad de los Andes [En línea]. Agosto de 2011 [fecha de consulta: enero 2013]. Disponible en: <http://elca-colombiaenmovimiento.uniandes.edu.co/libro/ColombiaEnMovimiento-Completo.pdf>
10. CIES - Fundación Santa Fe de Bogotá. Así vamos en salud [En línea]. 2014 [Fecha de consulta: Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>.
11. De Mejía, B. E. B. & Merchán, M. E. P. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Vol. 12, 2007. p.p. 11-24.
12. Donabedian, A. Models for Organizing the Delivery of Health Services and Criteria for Evaluating Them. Milbank Quarterly. Vol. 50, número 4, 1972. p.p. 103-154.
13. Frenk J. 1985. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México sep-oct; 27(5), 438-53.
14. Gestarsalud, Pontificia Universidad Javeriana, Estudio prospectivo de la situación de salud y cálculo de una prima ajustada por riesgos para los afiliados a las Empresas Solidarias de Salud. 2013 [En línea] Fecha de consulta: [Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://gestarsalud.com/logrosycriterios/images/PDF/estudio%20situacin%20de%20salud%20puj%20gestar%201%20resultados%2030%20sep-13.pdf>
15. Gómez-Vela, M. Sabeh, E. Calidad de vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica [En línea]. 2004 [Fecha de consulta: diciembre de 2012]. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
16. Hörnquist, J. O. Quality of life: concepts and assessment. Scand J. Soc. Med. Vol 18, 1989. p.p. 68-79.

17. Lam, R. M. & Hernández, P. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. Vol. 24, número 2, 2008. p.p. 0-0.
18. Ministerio de la Protección Social, SISPRO: Registro Único de Afiliados. Número de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud [En línea]. 2014 [Fecha de consulta: Agosto 2014] Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/>.
19. Ministerio de la Protección Social. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones 2014 [En línea]. 2014 [Fecha de Consulta: Mayo 2014] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>
20. Republica de Colombia. Ministerio Salud. Resolución 8430. 1993 Artículo 15 y 16. [En Línea]. 1993. [Fecha de Consulta: Diciembre de 2012]. Disponible en: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)
21. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert [En línea]. 1982, [Fecha de consulta: junio de 2013]. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/001a100/ntp\\_015.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/001a100/ntp_015.pdf)
22. Nutbeam, D. Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud [En línea]. 1998 [fecha de consulta: febrero 2012]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?ua=1)
23. Patrick, D. L., Erickson, P. Health status and health policy. New York: Oxford University Press. [En línea]. 1993 [fecha de consulta: Diciembre 2012]. Disponible en: <http://rds.epi-ucsf.org/ticr/syllabus/courses/46/2005/10/06/Lecture/readings/Health%20Status%20and%20Health%20Policy.pdf>

24. Patrick, D. L. & Erickson, P. (1993). Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. En: Quality of life assessment: Key issues in the 1990s. Kluwer Academic Publishers. Dordrecht, Netherlands, 1993.
25. Pedro, L. Theory derivation: adaptation of a contextual model of health related quality of life to rural cancer survivors. Journal of Rural Nursing and Health Care. Vol. 10, número 1, 2010. p.p. 80-94.
26. Posada, M., Martín-Arribas, C., Ramírez, A., Villaverde, A., & Abaitua, I. Enfermedades raras. Concepto, epidemiología y situación actual en España Rare diseases. Concept, epidemiology and state of the question in Spain. An. Sist. Sanit. Navar. Vol. 31, suplemento 2, 2008. p.p. 9-20.
27. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. Vol. 9, número 2, 2003. p.p. 09-21.
28. Departamento de Estudios y Desarrollo. Gobierno de Chile. Estado de salud de beneficiarios del sistema de salud de Chile: 2004-2005 [En línea]. 2006 [Fecha de consulta: Marzo de 2013], Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-1062\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-1062_recurso_1.pdf)
29. Torrance, G. W. Utility approach to measuring health-related quality of life. Journal of Chronic Diseases. Vol. 40, número 6, 1987. p.p. 593-600.
30. Torres, M. & Paz, I. K. Métodos de recolección de datos para una investigación. Boletín electrónico. Facultad de Ingeniería Universidad Rafael Landívar. Boletín electrónico. Vol. 3, número 3, 2006.
31. Tuesca, R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Revista Científica Salud Uninorte. Vol. 21, 2005. p.p. 76-86.
32. Organización de las Naciones Unidas. Definición y Medición Internacional del Nivel de Vida. Calidad de Vida. Guía Provisional. New York. 60(IV) 7 [En línea]. 1961 [Fecha de consulta: Diciembre de 2012]. Disponible en: [http://unstats.un.org/unsd/publication/serie/se/serie\\_cn3\\_270\\_rev1s.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/serie/se/serie_cn3_270_rev1s.pdf)
33. Urzúa M, A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica de Chile. Vol. 138, número 3, 2010. p.p. 358-365.

34. WHO. WHOQOL: measuring quality of life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization; Genova, Suiza [En línea]. 1997 [Fecha de consulta: Febrero 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
35. Yanguas J, J. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid [En Línea]. 2006 [Fecha de consulta: Marzo 2013]. Disponible en: [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/index/assoc/mtas0227.dir/mtas0227.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/mtas0227.dir/mtas0227.pdf)

## ANEXOS

### **Anexo 1. Glosario de términos**

#### ***Acceso (Donabedian, 1972).***

El acceso debe ser considerado en el contexto de si las personas que actualmente tienen necesidad de atención médica la reciban o no.

#### ***Calidad de vida (Nutbeam, 1996)***

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

#### ***Calidad de vida relacionada con la salud (Patrick & Erickson, 1993)***

Es la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y la disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

#### ***Determinantes de la salud (Nutbeam, 1996)***

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

#### ***Efectividad (Lam & Hernández, 2008)***

Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales. Esto quiere decir que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde la acción se llevó a cabo. Dicho de otra manera, cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y este se consigue en las condiciones reales existentes, entonces los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos.

La efectividad es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la medicina.

***Eficacia (Lam & Hernández, 2008)***

Se refiere a los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzar mejores y más resultados. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales.

***Medida de utilidad (Torrance, 1987)***

Torrance define la utilidad como "una medida cardinal de la preferencia o conveniencia de un nivel específico del estado de salud" (1987).

***Promoción de la salud (Nutbeam, 1996)***

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

***Salud (Nutbeam, 1996)***

La salud es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

***Salud para Todos (Nutbeam, 1996)***

La consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva.

***Salud pública (Nutbeam, 1996)***

La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.



## Anexo 2. EQ5D-5L

1. EQ5D-5L	
1. Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY. No marque más de una casilla en cada grupo	
<b>1.1 En cuestión de MOVILIDAD, usted: 5</b>	
No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas leves para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas moderados para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas graves para caminar	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
No puedo caminar	<input type="checkbox"/>
<b>1.2 En lo referente a AUTO-CUIDADO, usted: 6</b>	
No tengo problemas para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
No puedo lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
<b>1.3 En cuanto a ACTIVIDADES HABITUALES (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre), usted: 7</b>	
No tengo problemas para realizar mis actividades habituales	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas leves para realizar mis actividades habituales	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas moderados para realizar mis actividades habituales	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas graves para realizar mis actividades habituales	<input type="checkbox"/>
No puedo realizar mis actividades habituales	<input type="checkbox"/>
<b>1.4 En lo referente a DOLOR / MALESTAR, usted: 8</b>	
No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar leve	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar moderado	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar fuerte	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar extremo	<input type="checkbox"/>
<b>1.5 En cuanto a ANSIEDAD / DEPRESIÓN, usted: 9</b>	
No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy levemente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy extremadamente ansioso o deprimido.	<input type="checkbox"/>

## Escala visual análoga (EVA)

### 2. ESCALA VISUAL ANÁLOGA (VAS)

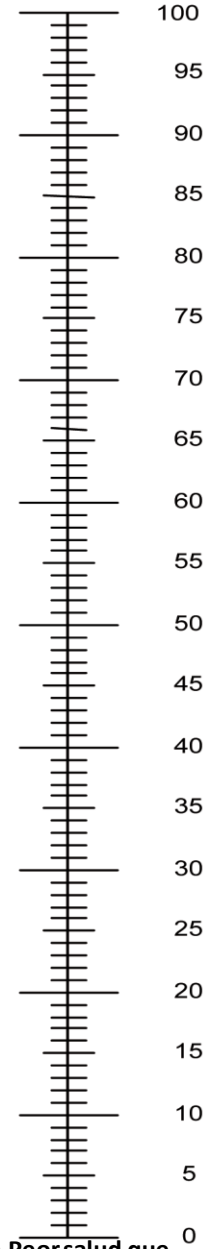
Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.

La escala está numerada del 0 al 100. Donde 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

2. Marque con una X en la escala lo buena o mala que es su salud HOY.

Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

La Mejor salud que usted se imagine



Su Salud HOY

### Anexo 3. Datos personales

<b>3.DATOS PERSONALES</b>			
<b>3.1 Edad</b> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<b>3.2 Sexo:</b> M <input style="width: 20px;" type="text"/> F <input style="width: 20px;" type="text"/>		
<b>3.3. ¿Cuál es su estado civil?</b> <sup>15</sup>			
Casado/Unión libre <input style="width: 20px;" type="text"/>	Soltero <input style="width: 20px;" type="text"/>	Divorciado/separado <input style="width: 20px;" type="text"/>	Otro (cual) <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>3.4. ¿Cuál es su principal actividad actualmente?</b> <sup>17</sup>			
Empleado o trabajador independiente <input style="width: 20px;" type="text"/>	Pensionado o jubilado <input style="width: 20px;" type="text"/>	Hogar <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Estudiante <input style="width: 20px;" type="text"/>	Buscando trabajo <input style="width: 20px;" type="text"/>	Incapacitado <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Otra (cual) <input style="width: 20px;" type="text"/>	¿Cuál? <input style="width: 100px;" type="text"/>		
<b>3.5 ¿Usted padece de alguna enfermedad actualmente?</b> Si <input style="width: 20px;" type="text"/> No <input style="width: 20px;" type="text"/>			
<b>3.6 ¿Quién le diagnosticó la enfermedad?</b> Médico <input style="width: 20px;" type="text"/> Otro profesional en salud <input style="width: 100px;" type="text"/>			
Otro <input style="width: 20px;" type="text"/> Quien: <input style="width: 100px;" type="text"/> Nadie <input style="width: 20px;" type="text"/>			
<b>4. Acceso a servicios de salud</b>			
<b>4.1. ¿En cuál de los regímenes de salud se encuentra usted actualmente afiliado?</b> <sup>64</sup>			
Especial (magisterio, ecopetrol, fuerzas militares) <input style="width: 20px;" type="text"/>	Contributivo cotizante <input style="width: 20px;" type="text"/>		
Contributivo beneficiario <input style="width: 20px;" type="text"/>	Subsidiado(SISBEN) <input style="width: 20px;" type="text"/>	No afiliado <input style="width: 20px;" type="text"/>	No sabe <input style="width: 20px;" type="text"/>
<b>4.2. ¿Tiene medicina prepagada o póliza de salud que lo proteja actualmente?</b> <sup>65</sup> Si <input style="width: 20px;" type="text"/> No <input style="width: 20px;" type="text"/>			
<b>4.3. ¿Ha hecho uso de su sistema de salud en el último año?</b> <sup>66</sup> Si <input style="width: 20px;" type="text"/> No <input style="width: 20px;" type="text"/>			
Si responde NO, diríjase directamente a la pregunta 4.9			
<b>4.4. ¿A través de que tipo de entidad hizo uso del servicio de salud?</b> <sup>67</sup>			
Prepagada <input style="width: 20px;" type="text"/>	Particular <input style="width: 20px;" type="text"/>	EPS/SISBEN <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<b>4.5. El trámite que hizo para ser atendido la última vez que uso los servicios de salud (medicina general, especializada, urgencias, hospitalización, cirugía, medicamentos, exámenes) le pareció:</b>			
Muy complicado <input style="width: 20px;" type="text"/>	Complicado <input style="width: 20px;" type="text"/>	Ni complicado, ni sencillo <input style="width: 20px;" type="text"/>	Sencillo <input style="width: 20px;" type="text"/>
Muy sencillo <input style="width: 20px;" type="text"/>	No sabe o No recuerda <input style="width: 20px;" type="text"/>		
<b>4.6. El tiempo que tuvo que esperar desde que necesitó el servicio de salud hasta que lo atendieron, le pareció:</b>			
Largo <input style="width: 20px;" type="text"/>	Ni largo, ni corto <input style="width: 20px;" type="text"/>	Corto <input style="width: 20px;" type="text"/>	No sabe no recuerda <input style="width: 20px;" type="text"/>
<b>4.7. La solución que le dieron a la necesidad de salud por la que consultó le pareció:</b>			
Muy mala <input style="width: 20px;" type="text"/>	Mala <input style="width: 20px;" type="text"/>	Ni mala, ni buena <input style="width: 20px;" type="text"/>	Buena <input style="width: 20px;" type="text"/>
			Muy buena <input style="width: 20px;" type="text"/>
No sabe o No recuerda <input style="width: 100px;" type="text"/>			
<b>4.8. La atención recibida en la institución lo dejó en general:</b> <sup>71</sup>			
Muy insatisfecho <input style="width: 20px;" type="text"/>	Insatisfecho <input style="width: 20px;" type="text"/>	Ni insatisfecho, ni satisfecho <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Satisfecho <input style="width: 20px;" type="text"/>	Muy satisfecho <input style="width: 20px;" type="text"/>	No sabe o No recuerda <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<b>5. Gracias por su colaboración.</b>			

## Anexo 4. Encuesta de percepción de CVRS y acceso a servicios de salud

Fecha

--	--	--

Número

--

# Encuesta de percepción de CVRS y acceso a servicios de salud

### Consentimiento Informado

La presente investigación tiene como fin establecer si existe una relación entre la medida de percepción de calidad de vida relacionada con la salud y el acceso real a los servicios de salud de la población de Bogotá afiliada al sistema de salud . Para tal propósito, se utilizará un instrumento que incluye el cuestionario EQ5D-5L y un grupo de preguntas que valoran el acceso real a los servicios de salud.

En ese sentido usted es libre de participar o no en esta encuesta. Las preguntas a continuación no lo comprometen. Toda la información aquí consignada será manejada con total confidencialidad.

La respuesta por parte suya de las preguntas se entenderá como aceptación de participar en la encuesta

La aplicación de la encuesta tiene un tiempo promedio de 5 minutos.

Firma de autorización

---

Encuestador

---

**Anexo 5. Tabla descriptiva de los estados de salud encontrados en el régimen contributivo.**

No	Estado de salud	HOMBRES			MUJERES			Total general
		Enfermo		Total	Enfermo		Total	
		No	Si		No	Si		
1	<b>11111</b>	12	4	16	11	6	17	33
	<b>Casado Unión libre</b>	7	3	10	6	3	9	19
	Buscando trabajo	1		1				1
	Empleado o trabajador independiente	5	2	7	6	3	9	16
	Pensionado o jubilado	1	1	2				2
	<b>Divorcio separado</b>	1	1	2				2
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>	1		1				1
	Hogar		1	1				1
	Soltero	4		4	5	3	8	12
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>	4		4	4	3	7	11
	Pensionado o jubilado				1		1	1
2	<b>11112</b>	1		1	4	1	5	6
	<b>Casado Unión libre</b>				1	1	2	2
	Empleado o trabajador independiente				1	1	2	2
	<b>Soltero</b>	1		1	3		3	4
	Empleado o trabajador independiente	1		1	2		2	3
Pensionado o jubilado				1		1	1	
3	<b>11113</b>	1		1				1
	Casado Unión libre	1		1				1
	Empleado o trabajador independiente	1		1				1
4	<b>11114</b>		1	1		1	1	2
	<b>Casado Unión libre</b>		1	1				1
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>		1	1				1
	Soltero					1	1	1
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>					1	1	1
5	<b>11121</b>	2	1	3	4	2	6	9
	<b>Casado Unión libre</b>	2	1	3	3	2	5	8
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>	2	1	3	3	2	5	8
	<b>Soltero</b>				1		1	1
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
6	<b>11122</b>		1	1		1	1	2
	<b>Soltero</b>		1	1		1	1	2
	Empleado o trabajador independiente					1	1	1

	<b>Hogar</b>			<b>1</b>	<b>1</b>				<b>1</b>
<b>7</b>	<b>11123</b>							<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Soltero</b>							<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>							<b>1</b>	<b>1</b>
<b>8</b>	<b>11131</b>							<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Casado Unión libre</b>							<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente							<b>1</b>	<b>1</b>
<b>9</b>	<b>11132</b>							<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Soltero</b>							<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>							<b>1</b>	<b>1</b>
<b>10</b>	<b>11141</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Casado Unión libre</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>11</b>	<b>11212</b>	<b>1</b>			<b>1</b>				<b>1</b>
	<b>Soltero</b>	<b>1</b>			<b>1</b>				<b>1</b>
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>	<b>1</b>			<b>1</b>				<b>1</b>
<b>12</b>	<b>11221</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
	<b>Casado Unión libre</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>2</b>				<b>2</b>
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>	<b>1</b>			<b>1</b>				<b>1</b>
	Pensionado o jubilado		<b>1</b>		<b>1</b>				<b>1</b>
	<b>Soltero</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>13</b>	<b>11222</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Casado Unión libre</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>14</b>	<b>11231</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	
	<b>Casado Unión libre</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	
	Empleado o trabajador independiente						<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>15</b>	<b>11323</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Soltero</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>16</b>	<b>12132</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Casado Unión libre</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>17</b>	<b>12234</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Divorcio separado</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>18</b>	<b>12342</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Casado Unión libre</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

19	21121	1		1				1
	<b>Casado Unión libre</b>	1		1				1
	Empleado o trabajador independiente	1		1				1
20	21122		1	1				1
	<b>Divorcio separado</b>		1	1				1
	Empleado o trabajador independiente		1	1				1
21	21123		1	1				1
	<b>Divorcio separado</b>		1	1				1
	Empleado o trabajador independiente		1	1				1
22	21221				1		1	1
	<b>Soltero</b>				1		1	1
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
23	21222				1		1	1
	<b>Casado Unión libre</b>				1		1	1
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
24	21223					1	1	1
	<b>Soltero</b>					1	1	1
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>					1	1	1
25	21333	1		1				1
	<b>Soltero</b>	1		1				1
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>	1		1				1
26	24441		1	1				1
	<b>Soltero</b>		1	1				1
	<b>Incapacitado</b>		1	1				1
27	31221	1		1				1
	<b>Divorcio separado</b>	1		1				1
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>	1		1				1
28	32233					1	1	1
	<b>Casado Unión libre</b>					1	1	1
	<b>Empleado o trabajador independiente</b>					1	1	1
<b>Total general</b>		21	11	32	25	20	45	77

**Anexo 6. Tabla descriptiva de los estados de salud encontrados en el régimen subsidiado**

No	Estado de salud	HOMBRES			MUJERES			Total general
		Enfermo		Total	Enfermo		Total	
		No	Si		No	Si		
1	11111	10	3	13	8	3	11	24
	<b>Casado Unión libre</b>	7	1	8	4		4	12

	Empleado o trabajador independiente	5	1	6	3		3	9
	Estudiante				1		1	1
	Hogar	1		1				1
	Pensionado o jubilado	1		1				1
	<b>Divorciado separado</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	Empleado o trabajador independiente	1		1	1		1	2
	Hogar					1	1	1
	<b>Otro</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
	<b>Soltero</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
	Empleado o trabajador independiente	1	2	3	1	2	3	6
	Estudiante	1		1	1		1	2
2	<b>11112</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
	<b>Casado Unión libre</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
	<b>Soltero</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
	Empleado o trabajador independiente		1	1	1		1	2
	Estudiante	1		1		1	1	2
3	<b>11113</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Soltero</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
	Estudiante				1		1	1
4	<b>11114</b>		<b>1</b>	<b>1</b>				<b>1</b>
	<b>Casado Unión libre</b>		<b>1</b>	<b>1</b>				<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente		1	1				1
5	<b>11121</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
	<b>Casado Unión libre</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
	Empleado o trabajador independiente		2	2	1		1	3
	Hogar					1	1	1
	<b>Divorciado separado</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
	Otro				1		1	1
	<b>Soltero</b>		<b>1</b>	<b>1</b>				<b>1</b>
Estudiante		1	1				1	
6	<b>11122</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
	<b>Divorciado separado</b>		<b>1</b>	<b>1</b>				<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente		1	1				1
	<b>Soltero</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
	Empleado o trabajador independiente					1	1	1
Hogar	1	1	2				2	
7	<b>11132</b>				<b>2</b>		<b>2</b>	<b>2</b>



	<b>Soltero</b>				2		2	2
	Empleado o trabajador independiente				2		2	2
8	<b>11134</b>				1		1	1
	<b>Casado Unión libre</b>				1		1	1
	Buscando trabajo				1		1	1
9	<b>11145</b>	1		1				1
	<b>Divorciado separado</b>	1		1				1
	Pensionado o jubilado	1		1				1
10	<b>11211</b>				1	1	2	2
	<b>Casado Unión libre</b>				1		1	1
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
	<b>Soltero</b>					1	1	1
	Estudiante					1	1	1
11	<b>11212</b>	1		1				1
	<b>Soltero</b>	1		1				1
	Empleado o trabajador independiente	1		1				1
12	<b>11221</b>				1		1	1
	<b>Soltero</b>				1		1	1
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
13	<b>11232</b>				1		1	1
	<b>Soltero</b>				1		1	1
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
14	<b>11243</b>				1		1	1
	<b>Casado Unión libre</b>				1		1	1
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
15	<b>11244</b>				1		1	1
	<b>Casado Unión libre</b>				1		1	1
	Empleado o trabajador independiente				1		1	1
16	<b>11345</b>		1	1				1
	<b>Soltero</b>		1	1				1
	Hogar		1	1				1
17	<b>12122</b>		1	1				1
	<b>Casado Unión libre</b>		1	1				1
	Hogar		1	1				1
18	<b>12242</b>					1	1	1
	<b>Casado Unión libre</b>					1	1	1
	Hogar					1	1	1
19	<b>21111</b>		1	1				1
	<b>Casado Unión libre</b>		1	1				1
	Empleado o trabajador independiente		1	1				1

20	21121	2		2			2
	Soltero	2		2			2
	Empleado o trabajador independiente	2		2			2
21	21122		1	1	1	1	2
	Divorciado separado		1	1			1
	Hogar		1	1			1
	Soltero				1	1	1
	Hogar				1	1	1
22	21131				2	2	2
	Casado Unión libre				2	2	2
	Hogar				2	2	2
23	21211	1		1			1
	Casado Unión libre	1		1			1
	Empleado o trabajador independiente	1		1			1
24	21221				2	2	2
	Casado Unión libre				2	2	2
	Empleado o trabajador independiente				2	2	2
25	21233				1	1	1
	Otro				1	1	1
	Hogar				1	1	1
26	21333	1		1			1
	Soltero	1		1			1
	Empleado o trabajador independiente	1		1			1
27	22112		1	1			1
	Soltero		1	1			1
	Empleado o trabajador independiente		1	1			1
28	32253				1	1	1
	Divorciado separado				1	1	1
	Hogar				1	1	1
29	35231				2	2	2
	Soltero				2	2	2
	Empleado o trabajador independiente				2	2	2
30	41142				1	1	1
	Soltero				1	1	1
	Hogar				1	1	1
31	41232		1	1			1
	Soltero		1	1			1
	Empleado o trabajador independiente		1	1			1
32	41333				1	1	1
	Soltero				1	1	1

	Incapacitado					1	1	1
33	<b>41342</b>					<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Casado Unión libre</b>					<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Empleado o trabajador independiente					1	1	1
34	<b>41431</b>					<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Divorciado separado</b>					<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Buscando trabajo					1	1	1
	<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>35</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>42</b>	<b>77</b>