

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE NORTE DE
SANTANDER**

**FRANCY JULIANA ALBARRACIN AVILA
CAMILA ALEJANDRA MUÑOZ LOZANO**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOSDE COLOMBIA- UNICO
ESPECIALIDAD GERENCIA EN SERVIO DE SALUD**

2016

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE NORTE DE SANTANDER

FRANCY JULIANA ALBARRACIN AVILA

CAMILA ALEJANDRA MUÑOZ LOZANO

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de gerente en
servicios de la salud

ASESOR: OSWALDO SANCHEZ VILLALOBOS

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOSDE COLOMBIA- UNICO

ESPECIALIDAD GERENCIA EN SERVIOS DE SALUD

2016

1. INTRODUCCION

La calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) tiene múltiples definiciones pero todos apuntan que es un indicador de atención en salud, incorpora la percepción del paciente como una necesidad de evaluación de resultados en salud, debiendo desarrollar los instrumentos necesarios con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

El concepto, la calidad de vida hace referencia al grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. En los últimos años, las investigaciones han estado orientadas a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), a la cual se han dado tres enfoques principales: Como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, determinada sobre su calidad de vida en general. Para evaluar el efecto de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida del paciente, y sobre su bienestar físico, emocional y social. Para identificar y evaluar las necesidades de atención a la salud de la población, con la implantación de políticas y programas tendientes a mejorar el nivel de salud.

En Colombia comenzó a hacer investigación en la salud de manera aislada, en áreas tan diversas como enfermedades coronarias, hipertensión esencial, dolor, psicología oncológica, rehabilitación neuromuscular, cefaleas tensionales, dismenorrea y torticollis espasmódica, insuficiencia renal y asma, entre otros. Las primeras investigaciones desarrolladas fueron en el Hospital Regional Simón Bolívar de Bogotá por la psicóloga María Inés Menotti, autora de numerosos estudios sobre factores psicosociales asociados a la hipertensión. También hubo estudios en el Hospital Militar Central de Bogotá. COLCIENCIAS como centro de investigación.

2. OBJETIVO GENERAL

- Analizar los valores asociados a la utilidad en salud del departamento Norte de Santander

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la situación de calidad de vida en cuanto a la salud de la población de frontera y corredores fronterizos en Norte de Santander a través del contexto territorial, demografía, economía, cultura y salud
- Identificar los problemas que están afectando a la población de Norte de Santander en cuanto su calidad de vida respecto a la salud

4. MARCO TEORICO

4.1. GEOGRAFIA

Norte de Santander es uno de los 32 departamentos de la república de Colombia. Está ubicado en la región nororiental de la República de Colombia sobre la cordillera oriental. Limita al norte y el oriente con la Venezuela, al sur con los departamentos de Boyacá y Santander, departamento con el que también limita al occidente, así como con el Cesar.

El Departamento está conformado por tres regiones naturales: la parte más quebrada está representada por la Cordillera Oriental, se inicia en el sitio conocido como Nudo de Santurbán y luego se convierte en la Serranía de los Motilones. Por su parte, las llanuras del Río Catatumbo y del Río Zulia se ubican al noroeste y al sur está el valle del Río Magdalena. El sector de influencia del Río Catatumbo tiene temperaturas promedio de 24 ° centígrados con climas cálidos y húmedos, mientras que en la zona de Cúcuta, varía de seco a muy seco; y en el área montañosa, se presenta gran variedad de climas que van desde los templados hasta los muy fríos, inclusive inferiores a los 12 °C. Un rico sistema hidrográfico recorre el Departamento con tres cuencas de gran importancia: al norte la del río

Catatumbo, al oeste la del Río Magdalena y al suroeste, la del Río Orinoco. Tiene una superficie de 21.648 km² y una densidad de 66.8 hab/km

El departamento está compuesto por 40 municipios agrupados en 6 subregiones: norte, occidente, oriente, centro, sur-occidente y sur-oriente. Los municipios son:

Cúcuta, Bochalema, Chinacota, Convención, Durania, El Carmen, El Zulia, Herrán, Los Patios, Ocaña, Pamplona, Pamplonita, Puerto Santander, Rangonvalia, San Cayetano, Teorama, Tibu, Toledo, Villa Rosario.

4.2. ECONOMIA:

La economía del departamento de Norte de Santander se soporta en el sector de los servicios comerciales, bancarios y de transportes que dependen de la actividad fronteriza, la agricultura es la segunda fuente de ingresos, los cultivos más representativos son de café, caña de azúcar, papa, arroz, tabaco, sorgo y frijol. La ganadería vacuna y caprina también es una fuente de ingresos. La industria se soporta en la producción de alimentos y bebidas, productos químicos, cemento y calzado. La minería se concentra en la explotación petrolera en la región del Catatumbo y en el valle del río Zulia, La ciudad de Cúcuta es zona franca e industrial, lo cual le ha dado un especial impulso al turismo y al comercio en general. La minería del departamento, a excepción de la extracción petrolera, está poco desarrollada a pesar de la riqueza que posee en oro, cobre, hierro, uranio, plata, aluminio y otros.

4.3 CULTURA:

La cultura se encuentra en el proceso de convertirse en un importante impulsor de la economía y el desarrollo del departamento de Norte de Santander, que a su vez, es fundamental para promover que la diversidad sea una de las características principales de las manifestaciones sociales del país. Norte de Santander tiene variados platos típicos entre los cuales encontramos el tamal de maíz, arepa de maíz pelado, sopa de ruyas entre otras. Y actos culturales que se realizan en diferentes épocas del año.

4.4 SALUD:

La salud en Norte de Santander, está declarada en emergencia porque las EPS y la atención obligada en el hospital Erasmo Meoz a venezolanos que no pueden pagar tienen en grave crisis a todo el sistema de salud del departamento, una radiografía del Instituto Departamental de Salud (IDS) y de la Secretaría de Salud municipal, en el que se muestra el mal estado del servicio, en especial en el área metropolitana de Cúcuta.

También influyó la negativa de las entidades promotoras de salud (EPS) a enfrentar problemas de toda índole en relación con el servicio, que pone en riesgo la salud y la vida de los pacientes, en concepto de autoridades que han convocado mesas de trabajo que nada han podido resolver, La declaratoria de crisis está motivada en el incremento dramático de quejas de usuarios de las EPS, la negativa de las instituciones prestadoras de salud (IPS: clínicas, puestos de salud, laboratorios), ante la falta de pago por sus servicios. También, por los reclamos sin respuesta de la administración del hospital para que le compensen los gastos en pacientes venezolanos, el hospital no puede negarles la atención de emergencia, y los gastos son irre recuperables.

Según la ley, los entes de control regionales no pueden vigilar el sistema; los correctivos corresponden al Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud.

5. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD:

El término "calidad de vida" se refiere a una evaluación de todos los aspectos de nuestras vidas, donde incluye por ejemplo el lugar en el que vivimos, el modo como nos comportamos, la satisfacción laboral, estado físico, estado emocional etc. La calidad de vida relacionada con la salud abarca sólo aquellos aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal. La evolución del concepto de salud desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psíquico y social, hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la

enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos.

Por otra parte, el envejecimiento poblacional ha hecho que el cuadro epidemiológico varíe en forma considerable, con un gran aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas. Esto refuerza la recomendación a los profesionales de la salud para que consideren, como uno de los objetivos terapéuticos de mayor importancia, mejorar la plenitud de la vida del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad. Para lograrlo, es necesario determinar las percepciones del paciente sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectarán diversos aspectos de su vida, especialmente su bienestar físico, emocional y social. Tradicionalmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio. Sin embargo, el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos, físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente. Es así como la anamnesis y la exploración física rara vez proporciona datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Por el contrario los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar. Los resultados de esos cuestionarios junto con los que se obtienen de la historia clínica y del examen físico proporcionan información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito.

6. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE NORTE DE SANTANDER

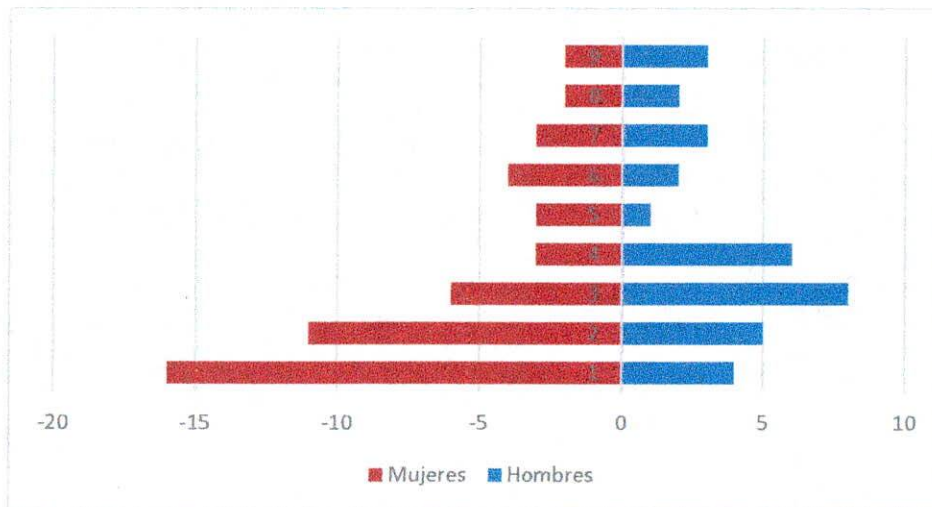
El departamento de Norte de Santander aún no cuenta con estudios en cuanto a la calidad de vida con respecto a la salud, este cuenta con un sin número de estudios en cuanto a la calidad de vida.

7. RESULTADOS

Tabla N. 1 Edad y Sexo, Total, porcentaje y Utilidad.

SEXO	Entre	Hasta	Hombres	Mujeres	TOTAL
EDAD	18	25	4	-16	
	25	30	5	-11	
	30	35	8	-6	
	35	40	6	-3	
	40	45	1	-3	
	45	50	2	-4	
	50	55	3	-3	
	55	60	2	-2	
	60	65	3	-2	
Cantidad			30	47	77
%			0,389	0,610	
Utilidad			0,548	0,571	

Grafica N.1 Mujeres y Hombres

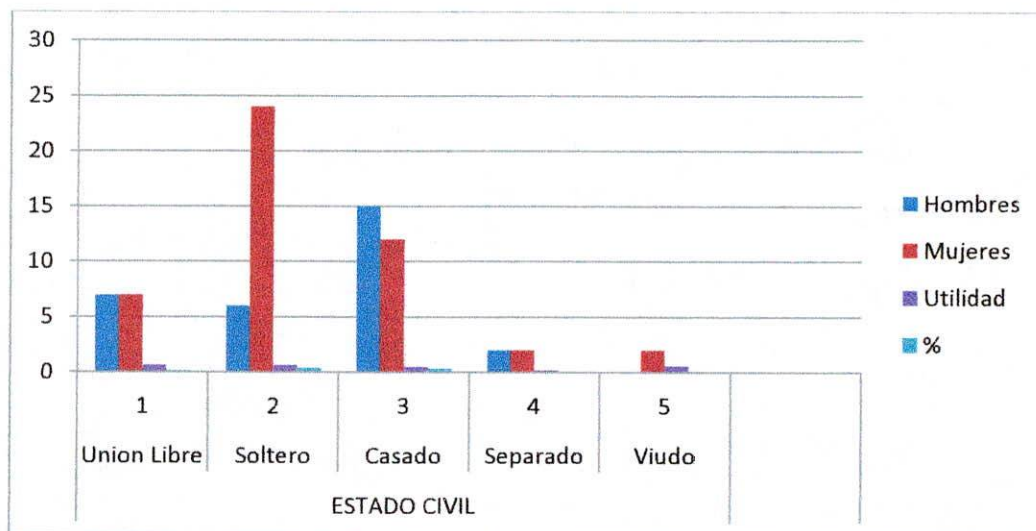


En la Tabla N.1 se obtiene una totalidad de 77 personas encuestadas, 30 son hombres y 47 son mujeres, teniendo así los hombres utilidad de vida del 0,548 y las mujeres 0,571.

Tabla N.2 Estado Civil

		Hombres		Mujeres	TOTAL	Utilidad	%
ESTADO CIVIL	Unión Libre	1	7	7	14	0,641	18,18%
	Soltero	2	6	24	30	0,621	38,96%
	Casado	3	15	12	27	0,507	35,06%
	Separado	4	2	2	4	0,200	5,19%
	Viudo	5	0	2	2	0,600	2,60%
					77		

Grafica N.2 Estado Civil, Utilidad, porcentaje



En la Tabla N.2 Se puede estimar que se encuentran en estado civil casados la mayoría de la población encuestada; pero se obtiene que los que presentan mayor utilidad de vida se encuentran en estado civil Soltero.

Tabla N.3 Escolaridad

		Hombres	Mujeres	TOTAL	Utilidad	%	
ESCOLARIDAD	Primaria	1	1	7	8	0,525	10,39%
	Secundaria	2	8	18	26	0,499	33,77%
	Universitaria	3	5	7	12	0,640	15,58%
	Técnico / Tecnólogo	4	14	13	27	0,642	35,06%
	Posgrado	5	0	2	2	0,600	2,60%
	Ninguna	6	2	0	2	0,050	2,60%
					77		100,00%

Grafica N.3 Escolaridad de Hombres y Mujeres, Utilidad y porcentaje

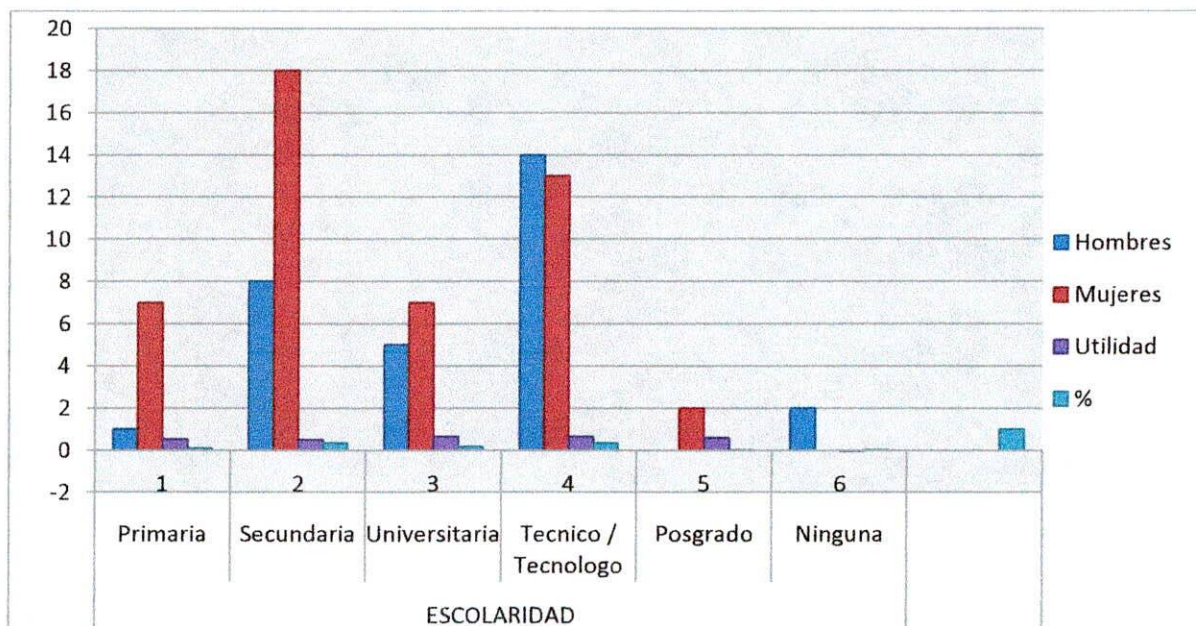


Tabla N. 3 La mayor parte de la población encuestado siendo un total de 27 personas entre hombres y mujeres que en su escolaridad alcanzaron un Técnico/tecnólogo tiene mayor utilidad de vida con un valor de 0,642.

Tabla N.4 Pertenecientes a alguna religión.

		Hombres	Mujeres	TOTAL	Utilidad	%	
PERTENECE A ALGUNA RELIGIÓN?	SI	1	26	42	68	0,597	88,31%
	NO	0	4	5	9	0,300	11,69%
					77		

Grafica N.4 Pertenece a alguna religión total de mujeres y hombres, utilidad y porcentaje

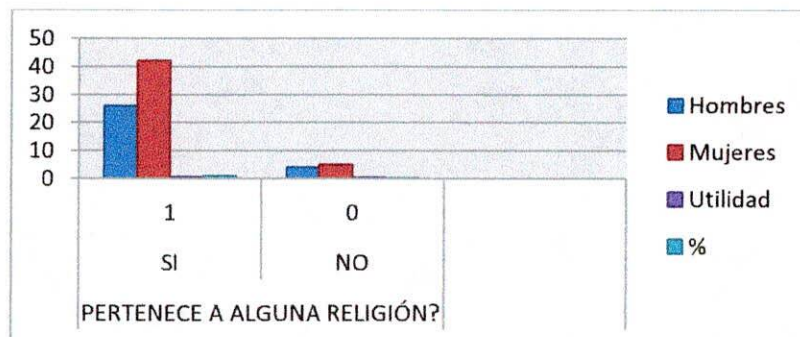


Tabla N.4 Las personas que SI son pertenecientes a alguna religión entre hombres y mujeres tiene mayor utilidad de vida con un 0,597.

Tabla N.5 Estrato Socio económico Hombres y Mujeres, Utilidad y porcentaje.

		Hombres	Mujeres	TOTAL	Utilidad	%
ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO	1	3	13	16	0,556	20,78%
	2	11	21	32	0,561	41,56%
	3	10	6	16	0,623	20,78%
	4	6	7	13	0,500	16,88%
				77		

Grafica N.5 Estrato socio Económico total de hombres y mujeres, Utilidad y porcentaje

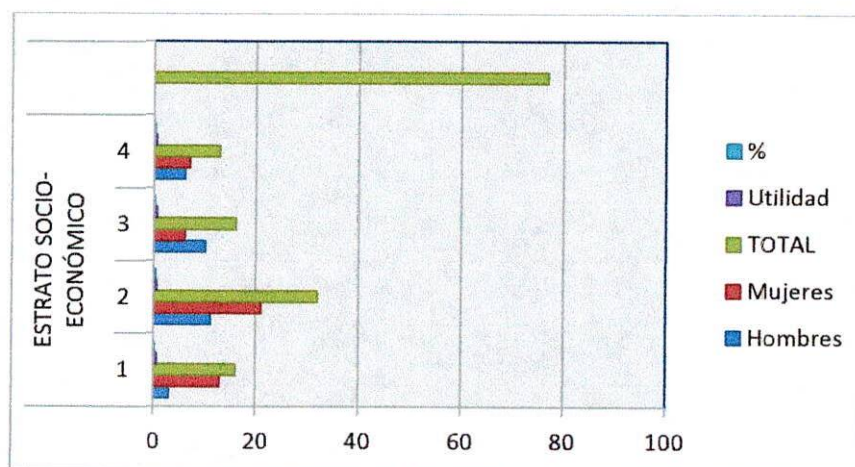


Tabla N. 5 Dentro de la Población encuestada que se encuentra en estado socio económico 3 Presentan mayor utilidad de vida 0,623, aunque la población con mayor número se posicionan en estrato socio económico 2, siendo 32 personas.

Tabla N.6 Ocupación

		Hombres	Mujeres	TOTAL	Utilidad	%
OCUPACIÓN	1	0	14	14	0,457	18,4%
	2	7	5	12	0,498	15,8%
	3	16	14	30	0,562	39,5%
	4	1	12	13	0,706	17,1%
	5	2	2	4	0,545	5,3%
	6	3	0	3	0,600	3,9%
				76		

Grafica N.6 Ocupación Total de hombres y mujeres, Porcentaje y utilidad.

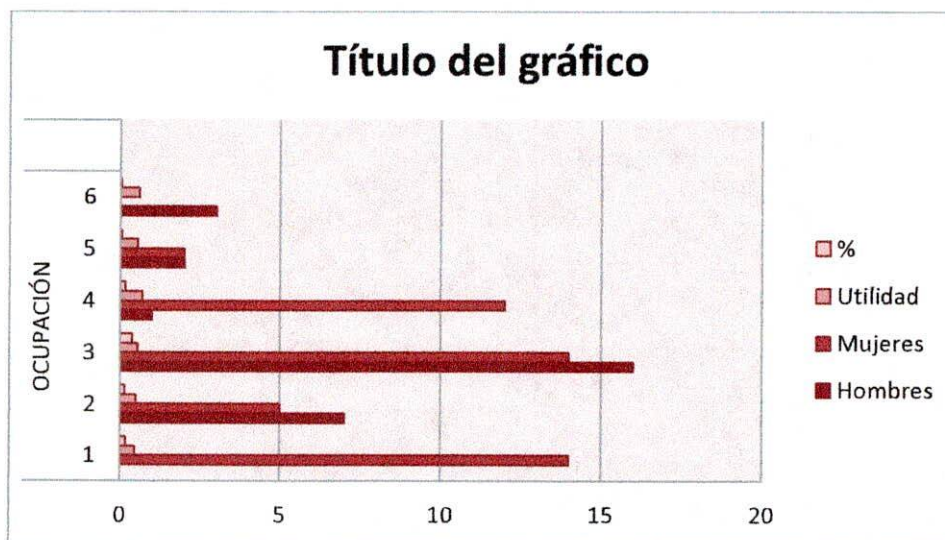


Tabla N.6 Las personas que se encuentran en el rango numero 4 Presentan mayo utilidad de vida con un valor de 0,706.

Tabla N.7 Régimen de Seguridad Social

		Hombres	Mujeres	TOTAL	Utilidad	%
RÉGIEMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	1	7	24	31	0,512	40,8%
	2	10	22	32	0,552	42,1%
	3	4	0	4	0,750	5,3%

Grafica N.7 Régimen de Seguridad Social 1, 2 y 3 Hombres y Mujeres.

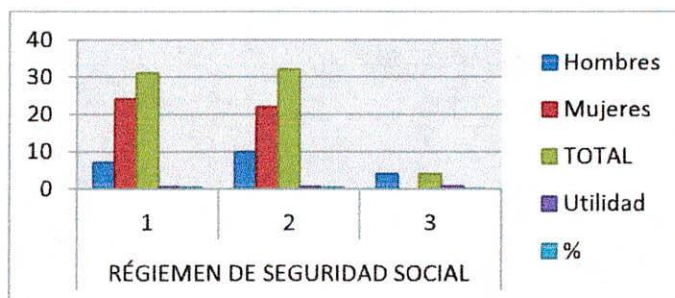


Tabla N.7 Las personas que se encuentran en un régimen de Seguridad Social 3 presentan mayor utilidad de vida con un valor de 0,750, siendo el menor número de encuestados 4 personas.

Tabla N.8 Hombres y mujeres con o sin alguna discapacidad.

			Hombres	Mujeres	TOTAL	Utilidad	%
ACTUALMENTE TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	SI	1	4	3	7	0,511	9,2%
	NO	0	26	44	70	0,567	92,1%
					77		

Grafica N.8 Total de hombres y mujeres que tienen alguna discapacidad, utilidad y porcentaje.

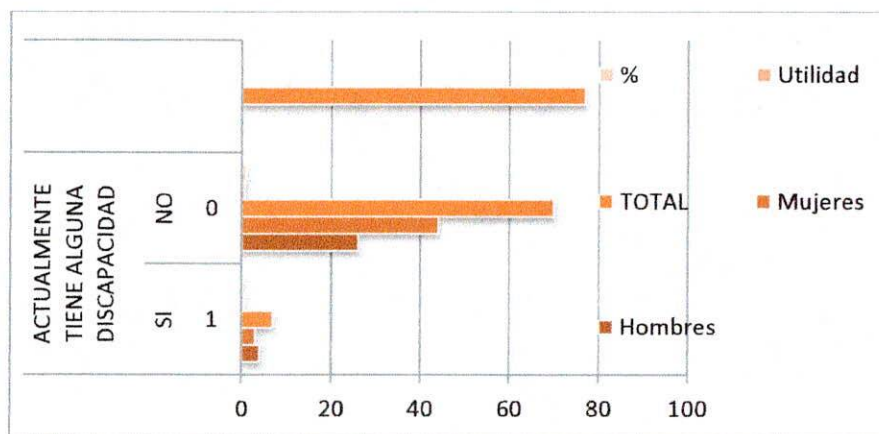


Tabla N.8 Las personas con mayor utilidad de vida de 0,567 se encuentran en los que NO presentan ningún tipo de discapacidad, un total de 70 personas entre hombres y mujeres.

Tabla N.9 Sufre alguna enfermedad Hombres y mujeres.

			Hombres	Mujeres	TOTAL	Utilidad	%
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD	SI	1	4	4	8	0,485	10,5%
	NO	0	26	43	69	0,571	90,8%
					77		

Grafica N.9 Total de hombres y mujeres que sufren alguna enfermedad, utilidad y porcentaje.

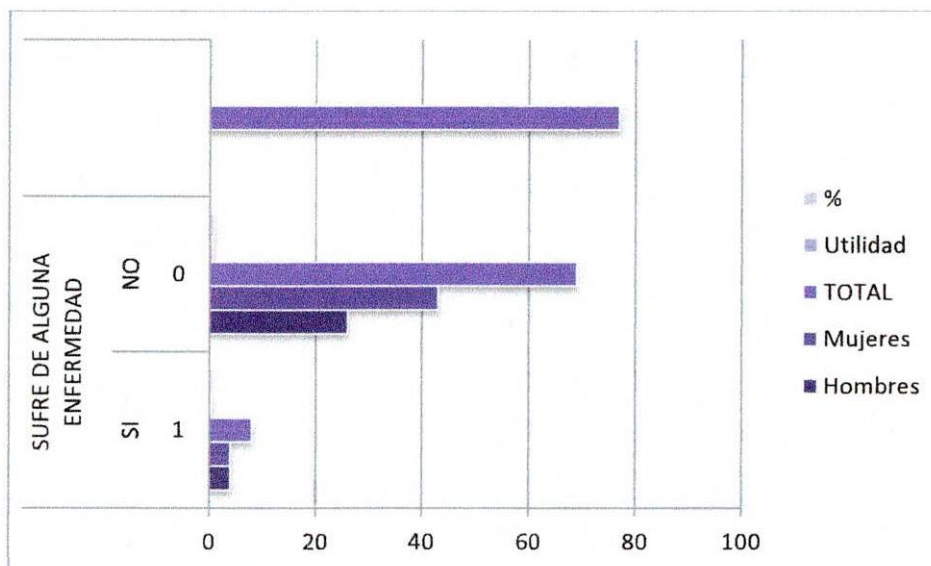


Tabla N.9 La población que NO sufre ningún tipo de enfermedad presenta mayor utilidad de vida (0,571) siendo 69 personas entre hombres y mujeres de la totalidad d encuestados.

8. CONCLUSIONES:

- El concepto Calidad de Vida en Salud es relativamente nuevo en el mundo como un elemento que permite ponderar desde el punto de vista cualitativo las condiciones en que un individuo, un determinado grupo, una comunidad o la sociedad en su conjunto se rescatan en la vida frente a los procesos que afectan su salud y el tratamiento empleado en su restablecimiento, tanto físico, psíquico, como socialmente, esto debería constituir una línea de trabajo contenido dentro de las políticas del Sistema de Salud.
- La utilización del concepto de CVRS como una medida de la percepción del paciente sobre su nivel de bienestar permite comprender desde la perspectiva de los propios sujetos la evaluación sobre su propio estado de salud, permitiendo su emergente utilización, profundizar en el vasto campo de la dimensión subjetiva de la salud humana.
- En el departamento de norte de Santander las mujeres tienen una mejor calidad de vida que los hombres es un dato que causa inquietud, ya que las mujeres tienen menos oportunidad laboral, y muchas son madres cabeza de familia, esto es debido a las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan el género femenino en esta zona del país se caracteriza debido a la independencia de la mujer personalidad fuerte y liderazgo por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad.

9. REFERENCIA:

- 1 Plan de desarrollo del departamento Norte de Santander 2008 - 2011: Un Norte para todos. Plan de desarrollo del municipio de Cúcuta: Cúcuta humana, solidaria y competitiva. 2008 - 2011 [[Links](#)]
- 2 Ramírez, S. & Cárdenas, J. (2006) *Nuevos desafíos de la relación de la relación Venezuela Colombia". Colombia — Venezuela Retos de la convivencia*. Bogotá: Unibiblos 59-70. [[Links](#)]
- 3 ANGERMEYER, MC.; Killian, R. (2000). Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En: Katschnig, H.; Freeman, H.; Sartorius, N., Calidad de vida en los trastornos mentales, 19-29. Masson, Barcelona.
- 4 BERGNER, M.; Bobbit R.A.; Carter, W.B.; Gibson, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care*, 19:787-805).
- 5 Mceberg GA. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18: 32-8. [[Links](#)]
- 6 .Nanda U, Andresen E. Health related Quality of life, a guide por the health professional. *Evaluation & the Health Professions* 1998; 21: 179-215. [[Links](#)]
- 7 Beckie TM, Hayduk LA. Measuring quality of life. *Social Indicators Research* 1997; 42: 21-39. [[Links](#)]
- 8 Gili TM, Feinstein AR. A critical Appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994; 272: 619-26. [[Links](#)]
- 9 Guyat GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring Health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine* 1993; 18:622-9. [[Links](#)]