



Calidad de vida en una población rural afectada por el conflicto armado colombiano, 2020: estudio transversal*

Quality of life in a rural population affected by the Colombian armed conflict, 2020: Cross-sectional study

Qualidade de vida numa população rural afetada pelo conflito armado colombiano, 2020: um estudo transversal

Recibido: 05 de Junio de 2020. **Aceptado:** 23 de Noviembre de 2020. **Publicado:** 30 de Diciembre de 2021.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.cvpr>

Jaime Augusto Martínez Veloza

Universidad de La Sabana, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/orcid.org/0000-0003-0932-1284>

Francisco Lamus Lemus

Universidad de La Sabana, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1086-2945>

Erwin Hernando Hernández Rincón

Universidad de La Sabana, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7189-5863>

Camilo Alejandro Correal Muñoz^a

Universidad de La Sabana, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4252-326X>

Para citar este artículo: Martínez JA, Lamus F, Hernández EH, Correal CA. Calidad de vida en una población rural afectada por el conflicto armado colombiano, 2020: estudio transversal. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.cvpr>

* Artículo de investigación.

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: camilo.correal@unisabana.edu.co

Resumen

Introducción. Estudiar la calidad de vida en la población rural puede indicar el camino a seguir para cerrar la brecha de inequidades en salud. **Objetivo.** Describir la calidad de vida de habitantes de una zona rural afectada por el conflicto armado colombiano utilizando el cuestionario Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud en su versión abreviada en español (WHOQOL-BREF). **Métodos.** Estudio observacional transversal en una población rural mayor de edad con muestreo por conveniencia mediante barrido casa a casa que abarcó toda la extensión geográfica de la población. El cálculo de los puntajes del WHOQOL-BREF se efectuó en SPSS 26.0. y el análisis estadístico de las variables de caracterización de la población se realizó en CIETmap 2.2.18.. **Resultados.** Los promedios de las dimensiones salud física, relaciones sociales y salud psicológica rondaron el valor de 70, mientras que la dimensión medio ambiente exhibió un promedio notoriamente inferior. En las cuatro dimensiones los promedios altos fueron obtenidos por personas jóvenes, con niveles educativos superiores y con trabajo remunerado; en contraste con los promedios bajos observados en personas con morbilidades, necesidades básicas insatisfechas, desplazamiento forzado y pérdida violenta de familiar en primer o segundo grado. **Conclusiones.** Es imperativo el accionar intersectorial que apropie la salud en todas las políticas junto con la participación social y así propender por la mitigación de las inequidades en salud a partir del abordaje de sus determinantes y en la solución de las necesidades prioritarias de las poblaciones rurales y ruralmente dispersas especialmente aquellas afectadas por el conflicto armado.

Palabras clave: Calidad de vida, población rural, determinantes sociales de la salud, conflictos armados, atención primaria en salud, Colombia.

Abstract

Introduction. Studying the quality of life in the rural population can indicate the way forward to close the gap of inequities in health. **Objective.** To describe the quality of life of the inhabitants of a rural area affected by the Colombian armed conflict, with the World Health Organization's Quality of Life questionnaire in its abbreviated version in Spanish (WHOQOL-BREF). **Methodology.** A cross-sectional observational study in a rural population of legal age, by convenience sampling through house-to-house sweeping and covering the entire geographical area. The calculation of the WHOQOL-BREF scores was performed in SPSS 26.0®, and the statistical analysis of the population characterization variables was performed in CIETmap 2.2.18®. **Results.** The averages of the physical health, social relations, and psychological health dimensions were around 70; while the environment dimension exhibited a notably lower average. In the four dimensions, high averages were obtained in people who are young, have higher educational levels, and have paid work; in contrast to the low averages observed in people with morbidities, unsatisfied basic needs, forced displacement, and violent loss of a family member in the first or second degree. **Conclusions.** There is an imperative for intersectoral action that includes health in all policies, which together with social participation promotes the mitigation of inequalities in health by addressing its determinants, and in solving the priority needs of rural and rural dispersed populations, especially those affected by the armed conflict.

Keywords: Quality of life, rural population, social determinants of health, armed conflicts, primary health care, Colombia.

Resumo

Introdução. Estudar a qualidade de vida das populações rurais pode mostrar o caminho a seguir para fechar as iniquidades em saúde. **Objetivo.** Descrever a qualidade de vida dos moradores de uma área rural afetada pelo conflito armado colombiano, utilizando o questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde em sua versão abreviada em espanhol (WHOQOL-BREF). **Métodos.** Estudo observacional transversal em uma população rural acima de 18 anos de idade, por amostragem de conveniência através de rastreamento de casa para casa cobrindo toda a área geográfica. O cálculo das pontuações do WHOQOL-BREF foi feito em SPSS 26.0® e a análise estatística das variáveis de caracterização da população em CIETmap 2.2.18®. **Resultados.** As médias para as dimensões de saúde física, relações sociais e saúde psicológica ficaram em torno do valor de 70; enquanto a dimensão meio ambiente exibiu uma média marcadamente menor. Médias altas nas quatro dimensões se registaram em pessoas jovens, com níveis superiores de educação, e com trabalho remunerado. Pelo contrário, médias baixas foram observadas em pessoas com morbilidades, necessidades básicas insatisfeitas, deslocamento forçado e perda violenta de parente de primeiro ou segundo grau. **Conclusões.** O trabalho transversal entre setores de atividade resulta imperativo para incorporar a saúde em todas as políticas, em conjunto com a participação social e de esta maneira procurar a mitigação das iniquidades em saúde, com ênfase nos seus determinantes e a solução das necessidades prioritárias das populações rurais e ruralmente dispersas, em particular de aquelas afetadas pelo conflito armado.



Introducción

A nivel mundial cada vez cobra mayor relevancia la necesidad de estudiar la calidad de vida relacionada con la salud en las poblaciones (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida o la autopercepción del estado de salud como:

“la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (2,3).”

Teniendo en cuenta que la mayoría de los Análisis Situacionales de Salud (ASIS) están tradicionalmente basados en indicadores dados por los perfiles epidemiológicos enfocados en el paradigma biomédico del proceso salud-enfermedad (4,5), resulta pertinente la indagación de la calidad de vida por su aproximación al estado de salud y la morbilidad real de la población (6,7), la predicción de la mortalidad (8-11), la demanda de servicios sanitarios (7,12) y la medición de las desigualdades sociales en salud (13).

América Latina es la región más desigual a nivel mundial con respecto a la distribución del ingreso, en la cual Colombia figura como el segundo país más desigual con un coeficiente de Gini de 0,52 para 2018 (14). La medición de estas desigualdades, derivada del estudio de la calidad de vida de las poblaciones desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), emerge como una forma de evaluación del desarrollo social y de garantía de los derechos de las personas como primer paso en la reducción de la desigualdad (14). Esto se corresponde con la medición y el análisis del problema para abordar los DSS como causas de las inequidades en salud y la mitigación de estas dentro y entre países (15-18).

Más allá de esta medición y dada la insuficiencia del mejoramiento de la salud individual y colectiva desde la atención médica por sí sola, la Atención Primaria en Salud (APS) se presenta como la estrategia y el escenario donde confluyen las acciones intersectoriales y la participación social que propenden por la materialización de la salud como derecho fundamental –no limitado al paradigma biomédico– mediante la mitigación de las inequidades detectadas a través de la modificación de los DSS que menoscaban el estado de salud de la población en su multidimensionalidad (4,19,20).

Bajo esta perspectiva de DSS y APS se facilita la generación de perfiles de calidad de vida más completos que integren los DSS y la calidad de vida, trascendiendo así a las demás dimensiones inherentes del ser humano. Este sistema de rastreo del estado de salud a través de DSS facilita la orientación de políticas públicas que satisfagan las necesidades prioritarias de las poblaciones rurales y rurales dispersas (21), las cuales presentan los mayores índices de necesidades básicas insatisfechas e inequidades en salud (22,23). Por esta razón, esta investigación contempló una población rural en un municipio colombiano cuyo territorio es considerado como un antiguo

corredor estratégico e histórico del conflicto armado del país (22,24), aunque no haya sido priorizado con la implementación de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).

En Colombia existen cuatro categorías de ruralidad establecidas (ciudades y aglomeraciones, intermedios, rural y rural disperso), de las cuales los municipios rurales poseen una cabecera menor de 25 000 habitantes y cuya densidad poblacional se sitúa entre 10 a 100 habitantes por kilómetro cuadrado (25). En 2014 se tenían 373 municipios en esta categoría con una población rural de 5 402 735 habitantes, los cuales residían en el 19,8% del área total del país. Sin embargo, los municipios categorizados como ciudades y aglomeraciones, intermedios y rurales dispersos también poseen población rural, lo que eleva la cifra de zonas rurales del país a un 30,4% de habitantes. De manera que el 84,7% del territorio nacional está conformado por las categorías rural y rural disperso (25).

Un diagnóstico de salud rural en Colombia para 2018 (23) clasificó en tres grupos las brechas existentes entre las zonas urbanas y rurales, así: a) en cobertura con cifras tan bajas como el 45% en un municipio rural frente al 97% a nivel nacional, b) en resultados de salud en donde la mortalidad materna e infantil es mayor en las zonas rurales que en las urbanas (73 frente a 45 por cada 100 000 nacidos vivos y 13,6 frente a 10,4 por cada 1000 nacidos vivos respectivamente) y c) en acceso a servicios de salud (p. ej., por cada 10 000 habitantes hay presencia de 40,8 personas de talento humano en salud en el área rural y 28,1 en el área rural dispersa frente a 102 en zonas urbanas. En el caso de los médicos 13,2 y 8,8 en el área rural y rural dispersa respectivamente frente a 31,9 en la urbanidad).

Adicionalmente, en algunos países hay factores que exacerbaban la condición de vulnerabilidad de la población. Durante las últimas cinco décadas, Colombia ha tenido un conflicto armado interno entendido como aquel que tiene lugar en el territorio de un Estado, en donde grupos armados se oponen a las fuerzas militares por el control político, social y económico, y que afecta a la población civil no combatiente (22,26). El conflicto armado interno ha generado 9 millones de personas registradas como víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011, víctimas reconocidas como personas afectadas por infracciones al Derecho Internacional Humanitario o por violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos (27). De ese total, el 89% ha sido afectado por desplazamiento forzado y el 11,5% ha sido asesinado.

En el municipio de la población de estudio se reportan 5308 personas reconocidas como víctimas, de las cuales el 90,3% padeció desplazamiento forzado y el 12,2% fue asesinado (28). Además, el conflicto ha perjudicado la descentralización del Estado al entorpecer a nivel municipal la efectividad en la provisión de servicios públicos básicos trazados como indicadores de desarrollo social, lo que genera la insatisfacción de las necesidades de los ciudadanos y acrecienta las disparidades entre las áreas rurales y urbanas, incluso dentro de los municipios más azotados por la violencia (22,29).



El conflicto se constituye en un problema de salud pública que afecta la mortalidad y morbilidad no solo de forma directa (físicas y psicológicas) por acciones armadas, sino también indirecta al ser un DSS modificador de determinantes estructurales e intermedios (23) y que ha generado desigualdades territoriales en salud a lo largo de la historia al “haber exacerbado las precarias condiciones de vida en las zonas donde éste se ha instalado con mayor intensidad, o pudo actuar como el generador principal de estas y, por lo tanto, de desenlaces adversos en salud” (22). Los lugares que registran mayores índices de intensidad del conflicto en Colombia tienen mayores desenlaces adversos en salud en cuanto a lesiones de causa externa, mortalidad infantil, desnutrición en menores de cinco años, enfermedades transmitidas por vectores, mortalidad materna y enfermedades crónicas como hipertensión arterial y cáncer de cuello uterino (22,23).

La confrontación de los grupos armados también interfiere en el acceso a los servicios de salud. Además, obstaculiza al personal de salud en la realización de sus actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el tratamiento y recuperación de la población en las zonas de conflicto (30). A pesar de ello, se ha logrado aumentar la expectativa de vida, lo que no necesariamente implica mejora en la calidad de vida (31).

Si bien existen investigaciones que describen la calidad de vida en poblaciones particulares (1), son pocos los que estudian comunidades que siguen habitando zonas rurales después del conflicto armado colombiano. Este estudio describe la calidad de vida de habitantes de una zona rural afectada por el conflicto armado entre las FARC-EP y el Estado colombiano con el cuestionario Calidad de Vida de la OMS en su versión abreviada en español (WHOQOL-BREF por sus siglas en inglés).

Materiales y métodos

Tipo de estudio, lugar y participantes

Se realizó un estudio observacional de corte transversal realizado en personas mayores de 18 años, de ambos sexos y habitantes de una población rural de un municipio del departamento del Tolima, Colombia, entre noviembre de 2019 y febrero de 2020. Se tomaron como criterios de inclusión que las personas residieran en la vereda con un mínimo de un año, que no presentaran déficit cognitivo o físico alguno que le impidiera contestar la encuesta y que aprobaran y firmaran el consentimiento informado.

Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de una encuesta asistida de forma domiciliaria, abarcando toda la extensión geográfica de la zona rural. El equipo de trabajo estuvo conformado por un supervisor, un gestor comunitario y encuestadores entrenados mediante una fase piloto. Esta última se llevó a cabo en una comunidad diferente a la población de estudio y permitió realizar los ajustes al instrumento.

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario Calidad de Vida de la OMS en su versión abreviada en español (WHOQOL-BREF) porque cuenta con una excelente estructura conceptual, desarrollo psicométrico y múltiples adaptaciones de lenguaje (32,33), además brinda medidas fiables y válidas en sentido transcultural para su medición incluso en Colombia (21,33,34) y se ha aplicado tanto en población sana (21,31,34) como enferma (35). Este instrumento consta de 26 ítems distribuidos en cuatro dimensiones evaluadas en las dos semanas previas: 1) salud física, 2) salud psicológica, 3) relaciones sociales y 4) medio ambiente; y dos ítems globales adicionales no incluidos en la puntuación sobre la calidad de vida global y la salud general. Las escalas de respuesta son de tipo Likert que poseen cinco opciones de respuesta ordinales y que generan cuatro sumas parciales con valores posibles entre 4 y 20. Estos valores posteriormente son transformados en una escala de 0 a 100 en donde las puntuaciones mayores son indicativas de mejor calidad de vida (32). La utilización del instrumento fue autorizada por parte de la OMS (ID: 314411).

Previsión y control de sesgos

Se previeron los siguientes sesgos: a) de selección, debido a que no se realizó un muestreo probabilístico; b) de información, el cual fue controlado con el uso de una escala validada para medir calidad de vida, la capacitación de encuestadores y el pilotaje, y c) de memoria, el cual se minimizó debido a que el instrumento de calidad de vida indaga su percepción en las últimas dos semanas y para las demás variables se inquirió su temporalidad en la actualidad.

Es importante mencionar que para participar en el estudio cada candidato manifestó voluntariamente brindar la información solicitada y se procedió a una lectura detallada del consentimiento informado que facilitara su comprensión y aceptación por escrito.

Procesamiento estadístico y análisis de datos

Posterior a la sincronización de los datos recolectados con los dispositivos móviles a través de REDCap, se obtuvo una hoja en Excel, para el cálculo del puntaje en las dimensiones de calidad de vida de forma individual en cada una de las encuestas. Se siguieron los pasos propuestos por el manual del instrumento y su sintaxis (32) a través de SPSS 26.0.. Para el tratamiento de las restantes variables de caracterización de la población encuestada se utilizó CIETmap 2.2.18, con el fin de obtener las frecuencias simples y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión, las cuales fueron sustrato para el análisis de las frecuencias por variable.



Resultados

Caracterización del grupo de estudio

Mediante el abordaje de toda la extensión geográfica de la zona rural se logró encuestar a 132 de las 173 personas mayores de 18 años censadas. En esta muestra el 53,8% es de sexo femenino, con un promedio de edad de $46,5 \pm 17,6$ años y el 59,8% es adulto. El 68,2% vive en unión conyugal, el 37,9% tiene estudios de primaria incompleta y el 10,6% ninguna educación formal. Entre quienes tienen un trabajo remunerado, el 36,6% es empleado, mientras que el 76,9% de quienes no tienen un trabajo remunerado es ama de casa. El 49,2% fue desplazado forzosamente en algún momento de la vida, el 35,6% perdió a algún familiar en primer o segundo grado de consanguinidad y el 21,9% sufrió ambas situaciones adversas. Ninguna de las personas posee acceso a agua potable para preparar sus alimentos, dentro de los cuales el 37,9% tiene inadecuado servicio sanitario, el 14,4% tiene piso de tierra en la vivienda y el 1,5% no cuenta con electricidad en la vivienda.

Además, el 87,1% se encuentra amparado bajo el régimen subsidiado de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); el 62,9% percibe la calidad del servicio de salud como regular, malo o muy malo; el 34,8% padece una o más morbilidades diagnosticadas por personal médico y que requiere control con medicación, dentro de los cuales la hipertensión arterial es la más prevalente (30,4%), seguido del trastorno en el metabolismo de las grasas (14,3%). El 7,6% manifiesta hábito tabáquico con un promedio de $30,8 \pm 18,1$ paquetes/año fumados (2,7 veces mayor en varones) y la mitad de la población encuestada consume alcohol regularmente (2,6 veces mayor en varones). La tabla 1 contiene la descripción de las características de los participantes del estudio.

Tabla 1. Caracterización del grupo de estudio. Población rural de un municipio del departamento del Tolima, Colombia, 2020

Variables	Total		Masculino		Femenino	
	n=1	%	n=61	%	n=71	%
Factores Sociodemográficos						
<i>Ciclo vital individual</i>						
18-26 años (juventud)	17	12,9	7	11,4	10	14,1
27-59 años (adultez)	79	59,8	31	50,9	48	67,6
60 o más (vejez)	36	27,3	23	37,7	13	18,3
<i>Estado civil</i>						
Unión libre	73	55,3	32	52,5	41	57,7
Separado / Divorciado	21	15,9	11	18,0	10	14,1
Casado	17	12,9	9	14,8	8	11,3
Soltero	14	10,6	8	13,1	6	8,5
Viudo	6	4,5	1	1,6	5	7,0
No sabe	1	0,8	0	0,0	1	1,4
<i>Nivel educativo alcanzado</i>						
Ninguna educación formal	4	3,0	0	0,0	4	5,6
Primaria	72	54,5	38	62,3	34	47,9
Secundaria	38	28,8	13	21,3	25	35,2
Técnico o tecnólogo	15	11,4	7	11,5	8	11,3
Universitario	3	2,3	3	4,9	0	0,0
<i>Trabajo remunerado</i>						
Sí	93	70,5	55	90,2	38	53,5
No	39	29,5	6	9,8	33	46,5
<i>Desplazamiento por conflicto armado</i>						
No	67	50,8	30	49,2	37	52,1
Sí	65	49,2	31	50,8	34	47,9
<i>Pérdida de familiar por conflicto armado</i>						
No	85	64,4	41	67,2	44	62,0
Sí	47	35,6	20	32,8	27	38,0
Necesidades Básicas						
<i>Vivienda con piso de tierra</i>						
No	93	70,5	49	80,3	44	62,0
Sí	39	29,5	12	19,7	27	38,0
<i>Vivienda con servicio de electricidad</i>						
No	5	3,8	2	3,3	2	4,2
Sí	127	96,2	59	96,7	68	95,8
<i>Servicio sanitario de la vivienda</i>						
Adecuado	82	62,1	37	60,7	45	63,4
No adecuado (Inodoro sin conexión y a cielo abierto)	50	37,9	24	39,3	26	36,6
Servicios de Salud y Morbilidad						
<i>Afiliación al SGSSS</i>						
Amparado bajo el régimen contributivo o especial	14	10,6	6	9,8	8	11,3
Amparado bajo el régimen subsidiado (carnetizado)	42	31,8	20	32,8	22	31,0
Vinculado al SISBÉN (no carnetizado)	73	55,3	32	52,5	41	57,7
Desamparado	2	1,5	2	3,3	0	0,0
No sabe	1	0,8	1	1,6	0	0,0
<i>Morbilidad diagnosticada y de control con medicación</i>						
No	86	65,2	42	68,9	44	62,0
Sí	46	34,8	19	31,1	27	38,0
Hábitos de Riesgo						
<i>Consumo de cigarrillo</i>						
No	122	92,4	54	88,5	68	95,8
Sí	10	7,6	7	11,5	3	4,2
<i>Consumo de alcohol</i>						
No	66	50,0	13	21,3	53	74,6
Sí	66	50,0	48	78,7	18	25,4
<i>Actividad física aeróbica moderada en tiempo libre</i>						
<150 min/semana	126	95,5	56	91,8	70	98,6
≥150 min/semana	6	4,5	5	8,2	1	1,4

n: frecuencia absoluta. %: frecuencia relativa. SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud. SISBÉN: Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales.

Fuente: elaboración propia.

Descripción de la calidad de vida relacionada con la salud

En las dimensiones salud física, relaciones sociales y salud psicológica los promedios rondaron el valor de 70 de mayor a menor, en cambio en la dimensión medio ambiente hay una marcada diferencia de 21,1 puntos con respecto al tercer puntaje y cuyo promedio no sobrepasó la mitad del puntaje máximo posible, ni tampoco sus datos alcanzaron el puntaje máximo posible del rango como en las otras tres dimensiones (tabla 2).



Tabla 2. Medidas de resumen de las dimensiones evaluadas con el instrumento WHOQOL-BREF. Población rural de un municipio del departamento del Tolima, Colombia, 2020

Dimensiones calidad de vida	Ítems	Medidas de resumen				RIQ		Rango	
		X	Me	Mo	DE	25% ile	75% ile	mín	máx
Salud física	7	72,4	71	71	14,0	64	82	32	100
Salud psicológica	6	68,5	67	62	14,7	58	79	12	100
Relaciones sociales	3	70,0	67	67	14,9	58	75	8	100
Medio ambiente	8	47,4	47	47	12,3	41	53	12	84

X: media. Me: mediana. Mo: moda. DE: desviación estándar. RIQ: rango intercuartil. 25%ile: percentil 25. 75%ile: percentil 75; mín: valor mínimo del rango; máx: valor máximo del rango.

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, al analizar las dos primeras preguntas del instrumento y que no hacen parte del puntaje de las anteriores dimensiones se obtuvo que en la percepción general de la calidad de vida la mayor percepción en hombres fue regular, y en las mujeres fue buena; mientras que en la percepción general de salud no hubo diferencias porcentuales entre sexos en sus categorías, pues fue catalogada regular en su mayoría (tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias sobre las percepciones a las dos primeras preguntas del instrumento WHOQOL-BREF. Población rural de un municipio del departamento del Tolima, Colombia, 2020

Preguntas sobre percepción general del instrumento WHOQOL-BREF	Total		Masculino		Femenino	
	n	%	n	%	n	%
<i>Percepción general de la calidad de vida</i>						
Muy mala	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mala	4	3,0	3	4,9	1	1,4
Regular	68	51,5	40	65,6	28	39,4
Buena	52	39,4	16	26,2	36	50,7
Muy buena	8	6,1	2	3,3	6	8,5
Total	132	100,0	61	100,0	71	100,0
<i>Percepción general de salud</i>						
Muy insatisfecho	1	0,8	0	0,0	1	1,4
Insatisfecho	7	5,3	3	4,9	4	5,6
Regular	72	54,5	37	60,7	35	49,3
Satisfecho	45	34,1	17	27,9	28	39,4
Muy satisfecho	7	5,3	4	6,6	3	4,2
Total	132	100,0	61	100,0	71	100,0

n: frecuencia absoluta; %: frecuencia relativa expresada en porcentaje.

Fuente: elaboración propia.

Se realizó un análisis comparativo de frecuencias entre cada una de estas dimensiones con las variables de la caracterización de la población. En la tabla 4 se presentan los resultados más importantes.

Tabla 4. Medidas de resumen de las dimensiones de calidad de vida y variables relevantes en el grupo de estudio. Población rural de un municipio del departamento del Tolima, Colombia, 2020

Variables	Dimensión salud física			Dimensión salud psicológica			Dimensión relaciones sociales			Dimensión medio ambiente		
	X ± DE	Me (RIQ)	Rango	X ± DE	Me (RIQ)	Rango	X ± DE	Me (RIQ)	Rango	X ± DE	Me (RIQ)	Rango
Sexo												
Masculino	73,4 ± 14,2	71 (68-86)	36-100	69,6 ± 14,8	67 (58-79)	46-100	69,3 ± 15,7	67 (58-75)	8-100	49,3 ± 10,7	50 (44-53)	28-78
Femenino	71,6 ± 13,8	71 (62-82)	32-96	67,6 ± 14,7	71 (58-79)	12-92	70,6 ± 14,2	67 (62-75)	33-100	45,7 ± 13,3	44 (38-53)	12-84
Ciclo vital individual												
18-25 años (juventud)	84,2 ± 8,6	86 (79-89)	68-100	76,4 ± 9,9	79 (71-83)	58-96	77,9 ± 15,0	83 (58-92)	58-100	53,8 ± 13,3	53 (47-66)	25-75
27-59 años (adultez)	73,7 ± 12,4	71 (68-82)	36-100	70,2 ± 14,2	71 (60-81)	38-100	69,5 ± 15,9	67 (62-75)	8-100	45,3 ± 12,3	44 (38-53)	12-84
60 o más (vejez)	64,0 ± 14,5	62 (56-76)	32-89	61,2 ± 15,1	58 (53-72)	12-96	67,5 ± 11,4	67 (58-75)	42-92	48,9 ± 10,5	48 (41-54)	28-78
Estado civil												
Unión libre	73,5 ± 13,0	71 (68-86)	32-100	69,2 ± 14,0	71 (58-79)	38-100	72,1 ± 14,9	75 (67-83)	33-100	45,8 ± 11,6	47 (41-53)	12-69
Separado/ Divorciado	70,4 ± 14,0	71 (61-82)	43-89	66,4 ± 13,0	67 (58-75)	46-88	65,8 ± 9,8	67 (58-67)	42-92	47,0 ± 11,5	44 (41-50)	28-78
Casado	66,5 ± 18,6	61 (57-79)	36-100	67,8 ± 20,9	62 (58-89)	12-96	70,5 ± 22,8	75 (58-83)	8-100	50,1 ± 12,3	50 (41-53)	24-84
Soltero	80,1 ± 10,2	79 (75-83)	64-100	71,7 ± 14,8	75 (69-79)	46-96	67,2 ± 11,0	67 (58-75)	50-83	54,6 ± 13,9	59 (47-65)	28-75
Viudo	66,6 ± 12,3	61 (61-77)	54-82	63,1 ± 11,6	60 (55-72)	50-79	68,0 ± 6,2	67 (67-73)	58-75	46,3 ± 12,8	44 (38-57)	31-62
Nivel educativo alcanzado												
Ninguna educación formal	67,3 ± 12,4	64 (61-77)	43-86	61,9 ± 9,6	62 (55-67)	50-83	63,6 ± 10,1	58 (58-73)	50-83	47,1 ± 10,9	45 (41-50)	28-66
Primaria	69,3 ± 14,3	71 (61-79)	32-100	66,0 ± 15,5	67 (57-79)	12-96	67,9 ± 15,7	67 (58-75)	8-100	44,7 ± 11,3	44 (40-53)	12-72
Secundaria	77,9 ± 11,9	79 (71-86)	54-100	72,9 ± 13,2	73 (62-83)	46-100	75,0 ± 12,9	75 (68-83)	50-100	49,2 ± 12,8	47 (41-59)	25-84
Técnico o tecnológico	85,0 ± 9,9	86 (75-93)	75-96	80,8 ± 6,3	79 (75-88)	74-88	75,0 ± 16,6	75 (58-92)	58-92	63,1 ± 5,1	66 (59-66)	56-69
Universitaria	80,9 ± 11,4	88 (77-88)	68-89	83,3 ± 15,0	88 (77-92)	67-96	80,5 ± 19,2	92 (75-92)	58-92	62,5 ± 14,3	59 (55-69)	50-78
Trabajo remunerado												
Sí	74,1 ± 12,8	75 (68-82)	36-100	69,9 ± 14,4	71 (58-83)	38-100	69,1 ± 15,1	67 (58-75)	8-100	47,4 ± 12,0	47 (41-53)	12-84
No	68,4 ± 16,0	71 (57-79)	32-64	65,2 ± 15,2	62 (58-75)	12-96	72,2 ± 14,3	75 (62-75)	50-100	47,3 ± 13,0	47 (38-56)	22-78
Desplazamiento por conflicto armado												
Sí	73,0 ± 14,5	71 (64-86)	32-100	69,3 ± 15,5	67 (62-81)	12-96	70,7 ± 16,1	75 (67-75)	8-100	48,6 ± 12,8	47 (41-58)	12-84
No	71,9 ± 13,5	75 (64-79)	36-100	67,7 ± 14,0	67 (58-75)	42-100	69,3 ± 13,6	67 (58-75)	33-100	46,1 ± 11,7	47 (38-53)	16-75
Pérdida de familiar por conflicto armado												
Sí	73,4 ± 13,7	71 (64-82)	36-100	69,8 ± 15,8	71 (58-79)	12-100	69,8 ± 16,0	67 (58-75)	8-100	47,0 ± 12,6	47 (38-53)	12-78
No	70,6 ± 14,4	71 (61-80)	32-96	66,3 ± 12,5	62 (58-75)	46-96	70,5 ± 12,8	67 (67-75)	50-100	48,0 ± 11,7	47 (41-55)	16-84
Vivienda con piso de tierra												
Sí	72,9 ± 14,8	75 (64-82)	32-100	71,2 ± 13,8	75 (58-83)	38-100	71,8 ± 14,8	75 (67-83)	8-100	50,4 ± 11,6	50 (44-54)	12-84
No	71,4 ± 11,7	71 (64-79)	46-100	62,1 ± 15,1	62 (54-71)	12-96	65,8 ± 14,5	67 (58-75)	33-100	40,2 ± 10,7	41 (34-47)	16-62
Vivienda con servicio de electricidad												
Sí	76,4 ± 5,4	75 (71-82)	71-82	62,5 ± 13,5	62 (62-67)	42-79	56,6 ± 13,6	58 (58-67)	33-67	37,5 ± 10,5	38 (34-44)	22-50
No	72,3 ± 14,2	71 (64-82)	32-100	68,7 ± 14,8	71 (58-79)	12-100	70,6 ± 14,8	67 (58-75)	8-100	47,8 ± 12,2	47 (41-53)	12-84
Servicio sanitario de la vivienda												
Adecuado	72,4 ± 14,6	71 (62-82)	32-100	69,5 ± 14,0	69 (59-79)	38-96	71,6 ± 14,5	75 (60-75)	33-100	49,3 ± 12,2	47 (44-56)	12-84
No adecuado	72,5 ± 13,1	73 (65-79)	39-100	66,9 ± 15,9	67 (58-79)	12-100	67,5 ± 15,4	67 (58-75)	8-100	44,3 ± 11,8	41 (38-53)	22-69
Afiliación al SGSSS												
Bajo el régimen contributivo o especial	72,9 ± 13,8	75 (62-85)	46-89	74,4 ± 11,9	75 (65-82)	54-96	76,1 ± 13,0	75 (69-83)	58-100	54,4 ± 11,9	55 (50-62)	31-69
Bajo el régimen subsidiado	72,4 ± 14,2	71 (64-82)	32-100	67,9 ± 15,0	67 (58-79)	12-100	69,4 ± 15,2	67 (58-75)	8-100	46,6 ± 12,3	47 (41-53)	12-84
Morbilidad diagnosticada y de control												
Sí	76,2 ± 11,4	75 (68-85)	43-100	70,1 ± 13,4	71 (62-79)	38-96	70,7 ± 14,7	67 (67-75)	33-100	47,7 ± 12,7	47 (41-53)	12-84
No	65,4 ± 15,7	66 (54-78)	32-93	65,6 ± 16,8	62 (54-75)	12-100	68,8 ± 15,3	67 (58-75)	8-100	46,8 ± 11,5	47 (41-53)	16-78
Consumo de cigarrillo												
Sí	72,1 ± 14,0	71 (64-82)	32-100	68,6 ± 14,5	69 (58-79)	12-100	70,1 ± 14,5	67 (58-75)	8-100	47,4 ± 12,0	47 (41-53)	12-84
No	77,1 ± 12,9	73 (69-85)	57-100	67,5 ± 18,5	67 (50-86)	42-88	69,1 ± 20,0	75 (60-81)	33-100	46,5 ± 16,2	45 (36-58)	22-69
Consumo de alcohol												
Sí	71,1 ± 13,9	71 (62-82)	32-100	67,0 ± 15,6	65 (58-79)	12-96	68,9 ± 15,9	67 (58-75)	8-100	45,6 ± 11,9	44 (38-53)	12-72
No	73,8 ± 14,0	75 (65-86)	36-100	70,0 ± 13,8	71 (58-79)	46-100	71,2 ± 13,8	67 (60-75)	42-100	49,1 ± 12,4	48 (41-55)	16-84
Actividad física aeróbica moderada libre												
<150 min/semana	72,1 ± 14,1	71 (64-82)	32-100	67,9 ± 14,7	67 (58-79)	12-100	69,5 ± 14,9	67 (58-75)	8-100	47,1 ± 12,3	47 (41-53)	12-84
≥150 min/semana	80,3 ± 5,8	79 (76-84)	75-89	80,5 ± 9,3	77 (75-85)	71-96	81,9 ± 8,1	79 (75-90)	75-92	53,6 ± 8,9	53 (47-59)	44-66

X: media. DE: desviación estándar. Me: mediana. RIQ: rango intercuartil (25%ile-75%ile). Rango: valor mínimo y máximo.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fuente: elaboración propia.

En la dimensión salud física los mayores promedios se registraron de forma notoria en la juventud y en los niveles educativos superiores, moderadamente en las personas que tienen acceso a un trabajo remunerado y más leve en el sexo masculino. La población soltera obtuvo el promedio más alto. Sin embargo, se observan promedios notablemente más bajos en las personas que padecen alguna morbilidad, el resultado moderado se dio en las personas que sufrieron pérdidas familiares en primer o en segundo grado producto del conflicto armado y levemente en las personas cuyas viviendas poseen piso de tierra y en aquellas con evento de desplazamiento ocasionado por la violencia.

En la dimensión salud psicológica existen mayores promedios destacables en los niveles educativos superiores y en la juventud donde decrece a medida que avanza el ciclo vital individual; de forma moderada cuando están afiliadas al régimen contributivo o especial del SGSSS, en las personas que tienen acceso a un trabajo remunerado y en la población soltera; y levemente en el sexo masculino. La población soltera obtuvo el promedio más alto. No obstante, se reportan promedios más bajos en las personas cuya vivienda tiene piso de tierra. Los promedios bajos moderados fueron para las personas que no cuentan con servicio de



electricidad, que padecen alguna morbilidad y quienes sufrieron pérdidas familiares en primer o en segundo producto del conflicto armado. El resultado leve fue para quienes no cuentan con un servicio sanitario adecuado, los desplazados por la violencia y aquellos con hábito tabáquico.

En la dimensión relaciones sociales los mayores promedios se obtuvieron en los niveles educativos superiores y en la juventud donde decrece a medida que avanza el ciclo vital individual. El resultado es moderado cuando están afiliadas al régimen contributivo o especial del SGSSS y es leve en el sexo femenino. La población en unión conyugal obtuvo los promedios más altos. Sin embargo, se observan promedios notablemente más bajos en las personas cuyas viviendas carecen del servicio de electricidad; promedios moderados en las personas cuyas viviendas poseen piso de tierra y con servicio sanitario no adecuado, y resultado leve en las personas con alguna morbilidad, con evento de desplazamiento ocasionado por la violencia y con hábito tabáquico.

En la dimensión medio ambiente existen mayores promedios de forma notable en los niveles educativos superiores y en la juventud donde decrece a medida que avanza el ciclo vital individual. El resultado es moderado para los afiliados al régimen contributivo o especial del SGSSS y son del sexo masculino, así como también en las personas con inadecuado servicio sanitario en sus viviendas y en aquellos desplazados por la violencia. La población soltera obtuvo el promedio más alto. No obstante, se reportan promedios significativamente más bajos en las personas cuyas viviendas no poseen servicio de electricidad o tienen piso de tierra.

En la figura 1 se observan comparativamente las cuatro dimensiones anteriormente descritas con los promedios de los puntajes altos y bajos de algunas variables de interés. Allí se muestra que en las cuatro dimensiones evaluadas se presentaron promedios altos cuando las personas encuestadas eran jóvenes, con niveles educativos superiores y con trabajo remunerado; en contraste con los promedios más bajos manifestados en las personas con morbilidades, con necesidades básicas insatisfechas y con antecedentes de desplazamiento forzoso y fallecimiento de algún familiar en primer o segundo grado. No obstante, otras variables exhibieron un comportamiento diferente en cada dimensión: mientras que el sexo femenino y en estado conyugal obtuvieron los promedios más altos sólo en la dimensión relaciones sociales. Y se presentaron los promedios más bajos en las personas afiliadas al régimen subsidiado del SGSSS y con hábito tabáquico en las dimensiones salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

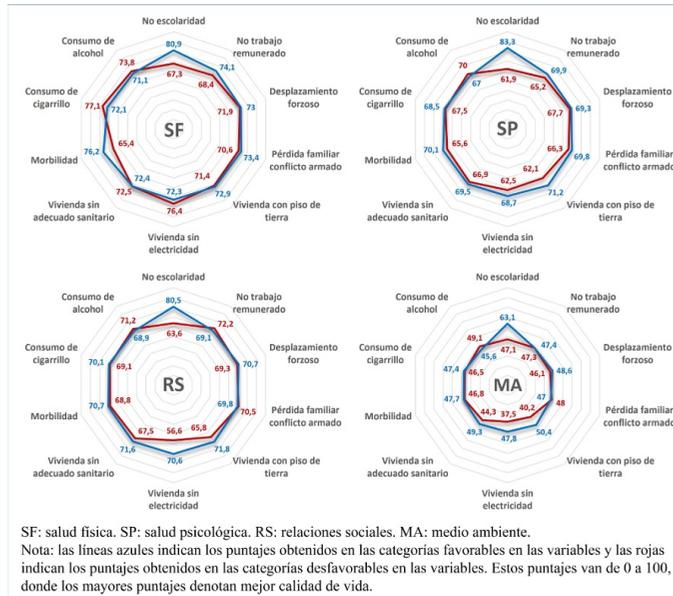


Figura 1. Gráfico radial comparativo de las dimensiones de calidad de vida y variables relevantes en el grupo de estudio. Población rural de un municipio del departamento del Tolima, Colombia, 2020

Fuente: elaboración propia.

Discusión y conclusiones

Aunque el propósito no es establecer una asociación entre estas variables y la calidad de vida, sí se describe su percepción en la población que participó en el estudio. Se pretende contrastar estos resultados con los de trabajos similares aclarando que no hay evidencia de investigación de calidad de vida realizada en una zona rural con el mismo instrumento y en una población víctima de conflicto armado.

El promedio más bajo en las dimensiones fue en medio ambiente, coincidiendo con los resultados de otros estudios que utilizaron el mismo instrumento en Colombia (21,36) y en Chile (34), pero no aplicado en víctimas de conflicto armado. En todas las dimensiones se lograron mayores promedios en las personas que no presentaban morbilidad y que contaban con niveles educativos superiores (31), al igual que en una investigación realizada en Irán con sobrevivientes de la guerra con Irak, pero con otro instrumento de medición (37). Por otra parte, los promedios en la dimensión salud física decrecen con el aumento de la edad (37). Y por último, en la dimensión relaciones sociales se lograron los mayores promedios en las personas de sexo femenino (31) y en estado conyugal (36).

Al igual que en investigaciones anteriores, la dimensión medio ambiente tuvo un puntaje inferior en comparación con las demás dimensiones en la medición de calidad de vida. Esta percepción que poseen los habitantes encuestados sobre su entorno refleja la insatisfacción de sus necesidades, que son competencia del gobierno descentralizado a nivel municipal según la



Ley 60 de 1993. Dichas necesidades tienen que ver con la efectividad de la provisión de servicios básicos, no sólo en el saneamiento básico sino también en servicios de salud y educación, y que propenda por el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población en su territorio (Ley 136 de 1994) (29). Esta provisión para los entes territoriales es financiada por la nación mediante el Sistema General de Participaciones (Ley 715 de 2001) para garantizar los servicios de educación, salud y propósito general que incluye agua potable y saneamiento básico (38).

En este caso particular, el saneamiento básico es inexistente (ausencia de agua potable, alcantarillado, disposición de excretas, aseo urbano y saneamiento básico rural), lo cual cuestiona si el resultado en la medición de la calidad de vida indica que la faceta ambiental es un DSS de los habitantes. En este estudio se puede observar que los factores que tuvieron promedios más bajos en una determinada dimensión se comportaron igual en las otras. Lo anterior se ilustra con la detectada insatisfacción de las necesidades básicas, de las que solo se esperaba frecuencias más bajas en la dimensión medio ambiente, pero el resultado fue similar en las dimensiones salud física, salud psicológica y relaciones sociales. Lo mismo sucede con la morbilidad, para la cual se esperaban frecuencias más bajas solo en la dimensión salud física, pero se comportó igual en todas las dimensiones. Esto podría tener relación con que una tercera parte de la población padezca una o más enfermedades no transmisibles con la hipertensión arterial como la más prevalente, sumado a otros dos grandes DSS como las dificultades en el acceso y en la calidad de los servicios de salud y los hábitos de riesgo para la salud detectados.

Es indispensable seguir trabajando en la formulación no solo de un instrumento de medición y seguimiento periódico de calidad de vida, sino también en la indagación de variables ajustadas al contexto rural en el que este estudio ha dado el primer paso. Para ello sería necesario seguir la tercera recomendación de la Comisión de DSS de la OMS de 2005 sobre la medición y el análisis del problema como inicio del abordaje de las causas profundas y la mitigación de las inequidades en salud (16-18). Todo cambio en la calidad de vida sugiere que se están evidenciando modos, condiciones y estilos de vida mediados por los DSS, que posiblemente inciden en el estado de salud de la población. Esta es la importancia de realizar investigaciones que vigilen la calidad de vida con este tipo de herramientas sobre todo en el territorio rural, y en especial en los priorizados como PDET, con el potencial beneficio de seguimiento de estas iniciativas nacionales de transformación rural integral, en la población más afectada por el conflicto armado.

Esto permitirá que en Colombia se abordara multidimensionalmente al ser humano y no solo desde el concepto tradicional del proceso salud-enfermedad, a través de políticas públicas integrales como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), mediante el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y más recientemente con el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), que encaren los DSS y que reconozcan que la salud no se debe focalizar en los aseguradores e instituciones prestadoras de servicios de salud (39,40).

No obstante, el goce efectivo de este derecho para todos y la mejoría de las condiciones que modifican la situación de salud y que producen mortalidad, morbilidad y discapacidad que se pudieron haber evitado (41) no es exclusiva de este sector, pues el hecho de poseer en el país una cobertura universal del 97% (42) no ha sido garantía de su mejoría. Está demostrado que la atención no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que aquella está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas (43).

Por ello se debe realizar un abordaje de los DSS en el sistema de salud mediante espacios que garanticen la participación social en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas con un enfoque *bottom-up* (20), y que propendan por la resolución de las necesidades y problemáticas de las poblaciones. Así, mientras se actúa en los DSS las personas se mantendrán sanas, y cuando se enfermen procederá la atención médica (43).

Esto será posible si se garantiza la salud en todas las políticas (44) para el mejoramiento de las necesidades y condiciones reales, especialmente, en las zonas rurales y dispersas donde hay mayores desafíos en inequidades. Al respecto, el reciente Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) –que nació en parte por el Acuerdo de Paz– se describe a sí mismo como elemento fundamental para el desarrollo y la construcción de paz en el país (23); concepto similar al de salud como puente para una paz sostenible (45).

En consecuencia, mientras se deben orientar los servicios de salud hacia un enfoque en APS, sobre todo en el fortalecimiento de los hábitos de vida saludable y muy seguramente en la salud psicológica; se debe hacer un énfasis en la mitigación de las inequidades en salud. Así, se podrán abordar las causas profundas de estos DSS de una forma holística en las poblaciones rurales y rurales dispersas.

Por último, los resultados de la investigación sugieren la persistencia de factores adicionales al conflicto que inciden en la calidad de vida de las personas, lo que fomenta la realización de otros tipos de estudios con metodologías alternativas.

Consideraciones éticas

El artículo es consecuencia del proyecto de grado de la Maestría en Salud Pública del autor principal, el cual fue presentado y aprobado desde el punto de vista metodológico y ético por la Subcomisión de Proyección Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana.

Contribución de los autores

Los dos primeros autores planificaron y elaboraron el estudio original dentro del marco del programa de salud rural en que se ejecuta el proyecto. Los primeros tres autores diseñaron el plan de obtención de datos. El primer autor realizó el trabajo en campo. El primer y cuarto autor



participaron en el análisis de datos. El primer y tercer autor escribieron una primera versión del manuscrito. Todos los autores participaron en la revisión de la versión final.

Financiación

La investigación fue parcialmente financiada a través del programa de “salud rural para la paz” con recursos de apoyo de la Universidad del Ártico de Noruega en Tromsø.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Cardona-Arias JA, Higueta-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014;40(2):175-189. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es.
2. World Health Organization (WHO). Programme on Mental Health. WHOQOL. User Manual. Geneva: WHO; 1998. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro Mundial de la Salud. 1996;17(1):385-387. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Carmona-Meza Z, Parra-Padilla D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*. 2015;31(3):608-620. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>
5. Dávila F, Gómez W, Hernández T. Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. *Rev Cubana Salud Pública*. 2009;35(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100017&lng=es
6. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC Public Health*. 2013;13:320. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>
7. Weinberger M, Darnell JC, Tierney WM, Martz BL, Hiner SL, Barker J, Neill PJ. Self-rated health as a predictor of hospital admission and nursing home placement in elderly public housing tenants. *Am J Public Health*. 1986;76(4):457-459. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1646513/pdf/amjph00267-0107.pdf>
8. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(1):227-232. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731868/pdf/v055p00227.pdf>

9. Idler EL, Kasl SV, Lemke JH. Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-1986. *Am J Epidemiol.* 1990;131(1):91-103. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115489>
10. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol.* 1983;117(3):292-304. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113541>
11. Mossey JM, Shapiro E. Self-Rated Health: A predictor of mortality among the Elderly. *Am J Public Health.* 1982;72(8):800-808. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1650365/pdf/amjph00655-0034.pdf>
12. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol.* 1997;50(5):517-528. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00045-0](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00045-0)
13. Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud en España; 2009. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina, 2019. Santiago de Chile. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf
15. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372(9650):1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
16. Aguilar MA, Roa IC, Kaffure LH, Ruiz LF, Sánchez G. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013;31(supl 1):S103-S110. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a12.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A; 2009. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington DC: OPS; 2017. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS: OMS; 1978. Washington DC: OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
20. Torres-Melo J, Santander J. Introducción a las políticas públicas: conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía. Bogotá: IEMP ediciones; 2013. http://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf



21. Cardona-Arias JA, Ospina-Franco LC, Eljadue-Alzamora AP. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del WHOQOL-BREF y el MOSSF-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(1):50-57. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n1/v33n1a07.pdf>
22. Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud (ONS). Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia. Bogotá: ONS; 2017. Informe Técnico 9/2017. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>
23. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Plan Nacional de Salud Rural. Bogotá: MSPS; 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/mgps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>
24. Fundación Ideas para la Paz (FIP), Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos (USAID), Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Dinámicas del Conflicto Armado en Tolima y su Impacto Humanitario. Bogotá: FIP; 2013. <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/5b4f7483ae722.pdf>
25. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Misión para la Transformación del Campo. Definición de Categorías de Ruralidad. Bogotá: DNP; 2014. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/2015ago6%20Documento%20de%20Ruralidad%20-%20DDRS-MTC.pdf>
26. Swinarski C. Introducción al Derecho Internacional Humanitario. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR); 1984. <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/misc/5tdl7w.htm>
27. Congreso de la República de Colombia (CRC). Ley 1448 de 2011 por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2011. <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>
28. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). Registro único de víctimas RUV. Bogotá: UARIV; 2020. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
29. Rodríguez LK. Los municipios colombianos y el conflicto armado. Una mirada a los efectos sobre la efectividad en el desempeño de los gobiernos locales. *Colombia Internacional*. 2009;70(1):93-120. <http://www.scielo.org.co/pdf/rci/n70/n70a05.pdf>
30. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Báez LC, Roza P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(2):349-361. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30423.pdf>
31. Cardona-Arias JA, Giraldo E, Maya MA. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *MÉD.UIS*. 2016;29(1):17-27. <https://doi.org/10.18273/revmed.v29n1-2016002>
32. World Health Organization (WHO). Programme on Mental Health. WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO; 1996. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1

33. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res.* 2004;13(1):299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
34. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile.* 2011;139(1):579-586. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
35. Skevington SM, McCrate FM. Expecting a good quality of life in health: Assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health expectations.* 2011;15:49-62. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x>
36. Ávila-Toscano JH. Calidad de vida en ex-integrantes de un grupo armado ilegal reubicados en una capital urbana. *Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes.* 2013;1(1):19-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6984232>
37. Amini R, Shojaee H, Haghani H, Masoomi M, Davarani HH. Physical injuries and quality of life in blind war survivors: A cross-sectional study. *Archives of Iranian Medicine.* 2010;13(6):504-508. <https://doi.org/010136/AIM.0010>
38. Congreso de la República de Colombia (CRC). Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá; 2001. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
39. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Resolución 2626 de 2019 Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. Bogotá: MSPS; 2019. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
40. Hernández-Rincón EH, Acevedo-Giedelman P, Ávila-Celis P, Quiroga-Carillo M, Sánchez-Vergara JF. La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia. *Educ Médica Super.* 2020;34(1):1-16. <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1674/930>
41. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: MSPS; 2013. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
42. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Cobertura universal, acceso a servicios y bajo gasto de bolsillo: mayores bondades de la salud de los colombianos. Bogotá: MSPS; 2019. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Cobertura-universal-acceso-a-servicios-y-bajo-gasto-de-bolsillo-mayores-bondades-de-la-salud-de-los-colombianos.aspx>
43. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Marín F, Jadue L (eds). *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad.* Santiago de Chile: ICES; 2005.



p.9-18. https://www.researchgate.net/publication/331984362_Determinantes_Sociales_de_la_Salud_en_Chile_En_la_Perspectiva_de_la_Equidad

44. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Impulsar el enfoque de la salud en todas las políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración intersectorial. Washington DC: OPS; 2015. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33974/9789275318584-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Organización Panamericana de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: OPS; 2003. Publicación científica y técnica No. 588. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884pdf?sequence=1>