

**MORBILIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LOS TRABAJADORES
AFILIADOS AL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA
AGROALIMENTARIA SECCIONAL DOSQUEBRADAS ENTRE JULIO DE 2010 – JULIO 2018**

GINA LIZETTE LEMA FERNANDEZ

**Trabajo de Grado para optar por el título de Magister en Salud Ocupacional de la
Universidad del Valle**

**Director del Trabajo de Grado
Juan Carlos Velásquez Valencia
Md. Mg Salud Ocupacional**

**Codirector del Trabajo de Grado
Claudia Patricia Mora
Estadística Mg Epidemiología**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL
CALI, COLOMBIA
2019**

Tabla de Contenido

Listado de Tablas	III
Listado de Figuras.....	IV
INTRODUCCIÓN	1
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción del Problema.....	3
2 ESTADO DEL ARTE	10
3 MARCO TEÓRICO.....	15
3.1 MARCO CONTEXTUAL.....	15
3.2 CONCEPTO Y MODELOS DE SALUD	17
Modelo Integral de determinantes sociales de la OMS	19
Morbilidad	23
3.3 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	24
3.4 MARCO LEGAL	33
4 OBJETIVOS	45
4.1 Objetivo General	45
4.2 Objetivos Específicos	45
5 METODOLOGÍA	46
6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	67
7 RESULTADOS.....	69
7.1 Características Sociodemográficas.....	69
7.2 Calidad de Vida actual Relacionada con la Salud de los trabajadores.....	73
7.3 La prevalencia de la morbilidad en la población	86
7.4 Relación Calidad de Vida Relacionada con la Salud y morbilidad	113
8 DISCUSION	115
9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	126
BIBLIOGRAFIA	130
ANEXOS.....	135

Listado de Tablas

Tabla 1 <i>Perfil Sociodemográfico</i>	70
Tabla 2 <i>Perfil Ocupacional</i>	71
Tabla 3 <i>Continuación perfil ocupacional</i>	72
Tabla 4 <i>Componentes de Salud cuestionario SF-36</i>	74
Tabla 5 <i>Puntajes totales cuestionario SF- 36</i>	75
Tabla 6 <i>Componente Salud Física por Género</i>	77
Tabla 7 <i>Componente Salud Mental por Género</i>	78
Tabla 8 <i>Calidad de Vida Relacionada con la Salud por Género</i>	79
Tabla 9 <i>Componente de Salud física por cargo</i>	80
Tabla 10 <i>Componente de Salud mental por cargo</i>	81
Tabla 11 <i>Calidad de Vida Relacionada con la Salud Vs Variables Sociodemográficas</i>	82
Tabla 12 <i>Número de consultas e Incapacidades discriminadas por año</i>	89
Tabla 13 <i>Prevalencia de los grupos de enfermedades por Año</i>	95
Tabla 14 <i>Consultas por año</i>	98
Tabla 15 <i>Prevalencia de los grupos de enfermedades 2010-2018</i>	100
Tabla 16 <i>Grupos diagnósticos con mayor prevalencia 2010-2018</i>	106
Tabla 17 <i>Continuación Grupos diagnósticos con mayor prevalencia 2010-2018</i>	107
Tabla 18 <i>Prevalencia de los grupos de enfermedades 2010-2018</i>	108
Tabla 19 <i>Continuación Prevalencia de los grupos de enfermedades 2010-2018</i>	109
Tabla 20 <i>Prevalencia de los traumatismos y las causas externas 2010-2018</i>	110
Tabla 21 <i>Prevalencia de los tumores en la población 2010-2018</i>	111
Tabla 22 <i>Prevalencia de la Prevención de la Enfermedad 2010-2018</i>	112
Tabla 23 <i>Calidad de Vida relacionada con la Salud y Morbilidad</i>	114

Listado de Figuras

Figura 1 Modelos de Determinantes Sociales de la Salud. Comisión de determinantes sociales de la salud (OMS, 2008) (26).....	20
Figura 2 Modelo de determinantes en el Plan Decenal de Salud Pública. Avances en el sistema de monitoreo y evaluación de los Planes Territoriales de Salud 2016-2019 (28)...	22
Figura 3 Modelo CVRS Wilson & Cleary. Calidad de vida relacionada con la salud: Definición y utilización en la práctica médica	27
Figura 4 Municipio Dosquebradas, Risaralda. Fuente: Google Maps.	47
Figura 5 Calculo de tamaño de muestra.....	48
Figura 6 Contenido de las escalas del SF-36. El cuestionario SF -36 español	62
Figura 7 Diagrama de cajas Edad por Calidad de vida relacionada con la salud	83
Figura 8 Diagrama de cajas Antigüedad por Calidad de vida relacionada con la salud	84
Figura 9 Diagrama de cajas Años en el cargo por Calidad de vida relacionada con la salud	85
Figura 10 Tendencia de consultas de las enfermedades más prevalentes 2010-2018	102
Figura 11 Tendencia de consulta masculina de las enfermedades más prevalentes 2010-2018.....	104
Figura 12 Tendencia de consulta femenina de las enfermedades más prevalentes 2010-2018	105

INTRODUCCIÓN

La morbilidad en la población colombiana es un evento de interés en el área de la salud que tiene un impacto importante al momento de determinar y evaluar las principales causas de muerte y la forma en que estos procesos de salud -enfermedad influyen en los principales indicadores económicos del país. Es además un evento en el cual se puede reconocer la intervención de factores del entorno de las personas y no solo factores fisiológicos.

Un escenario importante para determinar las condiciones de morbilidad se encuentra en el contexto del trabajo, en él se desempeña el rol productivo que demanda gran espacio respecto al tiempo y cobra relevancia en la vida de las personas, permitiéndoles trascender en sus ocupaciones. Para la participación de las actividades productivas existen organizaciones las cuales presentan unas condiciones de trabajo y de empleo que logran incidir de forma positiva o negativa. Con el fin de mitigar los efectos negativos que se puedan generar por las actividades de índole laboral se han creado programas dentro de las organizaciones con un enfoque en los procesos de gestión de seguridad y salud en el trabajo, al igual que en las asociaciones de trabajadores que buscan contribuir a la preservación de la salud de las personas.

Conforme al panorama anterior se presenta el siguiente estudio acerca de la morbilidad y calidad de vida relacionada con la salud de los trabajadores que se encuentran afiliados a un sindicato de la industria de alimentos en el municipio de Dosquebradas, Risaralda. El estudio tiene el objetivo de identificar la tendencia de la morbilidad y la calidad de vida

relacionada con la salud de los trabajadores para determinar la manera en la cual se relacionan dichas dimensiones. El producto de esta investigación permitirá generar intervenciones en temas de la promoción de la salud y prevención de los riesgos ocupacionales lo cual tendrá el efecto de reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

El Ministerio de Salud en el informe “Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2018” indicó que entre el año 2005 y 2017 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Para el año 2017 las enfermedades del sistema circulatorio causaron el 30,5% de las defunciones, seguido por el grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, siendo la segunda causa de mortalidad más frecuente durante el periodo (25,3%). De la misma manera, las neoplasias con una tendencia creciente, aportaron el 20,20% de las muertes en el tercer lugar. Las causas externas constituyeron la cuarta causa de muerte con un 15,5% del total de la mortalidad en el periodo. Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 6,9% de las muertes, y finalmente se encuentran las afecciones originadas en el periodo perinatal que produjeron el 1,7% de estas. (1)

Por su parte, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, estableció que entre el año 2009 y diciembre de 2015 se atendieron en Colombia 42.798.545 personas y se prestaron 593.592.904 atenciones, es decir, una persona recibió alrededor de 14 atenciones. En

promedio se prestaron 84.798.986 atenciones anuales, con una desviación estándar de 21.428.521. El 65,71% (390.067.306) de las atenciones se prestó por enfermedades no transmisibles para una razón de 11 atenciones por persona, seguidas de las condiciones transmisibles y nutricionales a las que se atribuyó el 14,34% (85.148.697) de las atenciones para una razón de cuatro atenciones por persona. En tercer lugar, los signos y síntomas mal definidos generaron el 12,67% (75.194.715) de las atenciones y tuvieron una relación de cuatro atenciones por persona. Las lesiones causaron el 5,20% (30.851.946) de las atenciones con una razón de tres atenciones por persona. Finalmente, las condiciones maternas y perinatales causaron el 2,08% (12.330.240) de las atenciones, con una razón de cuatro atenciones por persona. (2)

Es por esto que el fenómeno de transición generacional de la población en Colombia ha tenido un cambio significativo en la última década. Esto presupone que existirá un impacto en aspectos sociales, políticos, económicos, demográficos de los cuales no se tiene un óptimo conocimiento y que le demandarán desafíos en términos estructurales para la atención en salud al gobierno de Colombia. Para este 2018, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, Colombia tendrá en su territorio más de 50 millones de habitantes, siendo en el tercero en América Latina, detrás de Brasil y México. (3)

De acuerdo al contexto anterior, la salud y la enfermedad son conceptos socialmente contruidos definidos y tipificados por cada cultura. A su vez, cada cultura crea sus alternativas terapéuticas, así como procedimientos para recuperar la salud. Por ello, hay que considerar en la enfermedad como expresión, un componente biológico y otro cultural. Independientemente de su contenido biológico, siempre es una forma de expresión cultural

y para que sea considerada como enfermedad, es necesario que la sociedad lo estime como tal. Esta transición epidemiológica incorpora a las ciencias sociales al nuevo escenario epidemiológico mundial. Este modelo busca la interacción de un conjunto de factores, entre los que se agrupan como categoría, los estilos de vida y el medio ambiente, por mencionar algunos, incorporando conceptos como capital social y cambio social en su lucha por lograr su objetivo que es mejorar la calidad de vida. (4)

El concepto de calidad de vida tiene un carácter subjetivo, especialmente a nivel individual, lo cual implica diferentes construcciones de significados que pueden ser reflejados en la idiosincrasia de agrupaciones o comunidades, por lo cual se hace imprescindible en salud identificar las variables biológicas, sociales y psicológicas determinantes de la percepción de calidad de vida tanto a nivel individual como colectivo. Para poder evaluar la calidad de vida debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica, lo cual sitúa a la promoción de salud en un plano multidisciplinario e intersectorial (4). La percepción de las personas respecto a su salud contempla múltiples variables importantes para el desarrollo humano, entre estas variables se puede distinguir el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento y el soporte social o institucional lo que provee una base científica para el proceso de toma de decisiones en salud (Testa, M., 1996).(5)

Desde una perspectiva estadística y para demostrar el impacto en la salud de los trabajadores se tiene que el mercado laboral en Colombia se clasifica según la edad y el nivel de ocupación. En el país, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, para noviembre de 2018 la tasa de desempleo fue 8,8%, la tasa global de

participación 63,1% y la tasa de ocupación 57,5%(6). De acuerdo con el análisis estadístico de accidentalidad laboral, el sector económico con la tasa más alta en 2018 fue minas y canteras, integrado por 24 actividades, entre ellas, explotación minera, extracción de petróleo y gas natural, extracciones minerales, piedras preciosas, entre otras, con una tasa de 13 accidentes por cada 100 trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL). En segundo lugar, el sector de agricultura, ganadería, caza y silvicultura con una disminución del 28% y una tasa de 12 accidentes por cada 100 trabajadores. En tercer lugar, el sector construcción con 9 accidentes por cada 100 trabajadores y una disminución del 5% frente al 2017(7).

Con respecto al aumento de la tasa de accidentalidad, por cada 100 trabajadores reportados se puede apreciar, según las cifras de Fasecolda, que el sector servicio doméstico tuvo un aumento del 17% comparado con 2017, administración pública un 4% y servicios comunitarios, sociales y personales un 3%. Los sectores económicos con mayor enfermedad laboral en 2018 fueron: en primer lugar el sector minas y canteras, el cual muestra un aumento del 10% en las enfermedades laborales con respecto al año anterior, con una tasa de 319 trabajadores con enfermedad laboral calificada por cada 100.000 afiliados al SGRL; en segundo lugar, la industria manufacturera con una tasa de 273 trabajadores con enfermedad laboral calificada por cada 100.000 afiliados al SGRL y una disminución del 4%; y en tercer lugar, agricultura, ganadería, caza y silvicultura con una tasa de 244 trabajadores con enfermedad laboral calificada por cada 100.000 afiliados al SGRL, con una disminución del 8%. Los sectores económicos que tuvieron un aumento significativo fueron servicio doméstico con un 57%, pesca con 24% y hoteles y restaurantes con 23% (7).

Según el informe ejecutivo de la segunda encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo se concluyó que *“las incapacidades en un 84,9% se generaron por enfermedad o accidente de origen común; en un 4,5% por otras causas y que la enfermedad laboral y los accidentes de trabajo tienen una baja incidencia, de apenas el 0,7% cada uno”*(8)

Tradicionalmente, un contexto menos explorado en los temas de salud y trabajo son los sindicatos, debido a que estas organizaciones no investigan o encuentran sesgada su participación en la recolección de información que les brinde herramientas para lograr un equilibrio en las relaciones laborales. Difícilmente podría existir un sistema de relaciones laborales sin organizaciones que representen a los trabajadores. Históricamente han representado los intereses de la clase obrera en las fábricas, talleres y campos de cultivo. En la etapa de formación e instauración del sistema capitalista las organizaciones sindicales lucharon por defender y mejorar los salarios y otras condiciones de trabajo. En la actualidad, la función de los sindicatos se amplió e interviene fuera de la empresa, en los ámbitos político y social. El Sindicato tiene entre sus fines preocuparse del cumplimiento de las normas del trabajo y de seguridad social, entrando de lleno a la actividad preventiva enfocando sus actividades en pro de tener trabajadores vivos y saludables creativos, optimistas e innovadores de la acción sindical. Sin embargo, lo que en el papel es fácil, y lógico, en la práctica se expresa de modo diferente. Los problemas políticos, de poder o sencillamente la intromisión de las empresas en la vida sindical, no permiten que estas instituciones logren alcanzar la fuerza que requiere para dar cumplimiento a todos sus fines.

En el año 1982, se crea el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Agroalimentaria-SINALTRAINAL siendo una organización para mejorar las condiciones de los obreros de este sector de la industria nacional y continúa vigente trabajando en sus

propósitos respecto a los derechos y mejorar la calidad de vida de los trabajadores. Por ello, la organización se ha preocupado por la salud general de los trabajadores afiliados y constantemente ha propuesto actividades orientadas a mantener y potenciar los niveles de salud de sus afiliados. Específicamente los esfuerzos han sido focalizados en las áreas de galletería, confitería y chocolatería en donde existen diversos factores de riesgo ocupacional, inherentes a las actividades que realizan las cuales pueden ocasionar accidentes, enfermedades laborales o agravar las patologías de base que en definitiva provoca incapacidades prolongadas, reubicación de puesto de trabajo y a una mayor improductividad.

En consideración con lo anterior, en el año 2010 la organización desarrolló un estudio que describió la morbilidad y la calidad de vida relacionada con la salud, y la relación de estas dos con las condiciones sociodemográficas y laborales de los trabajadores evidenciando que la mas de la mitad de la población consideró que las condiciones de vida no eran adecuadas, el sistema más afectado fue el osteomuscular. Dentro de las recomendaciones que el estudio hace sugiere un programa de salud involucre todos los entornos del trabajador. (9)

Esta investigación es un primero paso para que una población específica y organizada de trabajadores investigue. La gran mayoría de investigaciones en la población trabajadora tienen la perspectiva del empresario, las investigaciones que realiza el sistema de riesgos laborales se hacen desde la visión del empleador. Y aunque son las empresas los responsables en cuidar la salud de los trabajadores, pues son ellas quienes ponen los riesgos ocupacionales y las condiciones en las que los trabajadores desempeñaran las actividades, los trabajadores también tienen responsabilidad en la protección de salud.

Este trabajo de investigación resalta el rol de los trabajadores y ofrece una visión desde la perspectiva del trabajador en su rol de actor involucrado en el modelo de determinantes en la salud. Desde el área de salud ocupacional es importante realizar una investigación que permita identificar el perfil de morbilidad, determinar el estado de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores y describir la relación entre ambas dimensiones que posibilite proponer nuevas estrategias a fin de mejorar las condiciones laborales e incidir positivamente en la salud para las personas.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el comportamiento de la morbilidad y estado de la calidad de vida relacionada con la salud actual de los trabajadores afiliados a una organización sindical entre 2010 – 2018 en el municipio de Dosquebradas?

2 ESTADO DEL ARTE

La búsqueda de estudios relacionados con Calidad Vida Relaciona con la Salud (CVRS) se realizó a través de motores de búsqueda como PubMed, Scielo y Google Scholar, con los siguientes descriptores en inglés y español “Quality of life related to health” / “Calidad de Vida Relacionada con la Salud”, “Quality of life in workers” / “Calidad de vida en trabajadores”, “Quality of health in workers” / “Calidad de salud en trabajadores”, “Health in workers” / “Salud en trabajadores”.

Los diversos estudios realizados basados en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud inicialmente se centraron en evaluar la condición de salud en la población que padeció algún manejo crónico médico y gran parte de estos esfuerzos de investigación se focalizaron en validar la confiabilidad que puede aportar el instrumento traducido al español. Teniendo un recorrido cronológico de las investigaciones de CVRS desde el 2014 hasta el 2018 presenta la siguiente tendencia:

Comenzando en esta línea cronológica se tiene para el 2014 la investigación realizada por Fernández A. titulada “*Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del donante de vivo renal*” en la que el objetivo general se centró en identificar el estado de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de un grupo de potenciales donantes renales en la que se llegó a concluir que las experiencias que han vivido los donantes y los efectos negativos es un tema de vital importancia para evitarlos en el futuro y mejorar su satisfacción.(10)

En este periodo (2014) se presentó otra importante investigación en la que se logra agrupar la tendencia respecto al interés de los investigadores en el territorio Colombiano para determinar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud pues seleccionaron diferentes grupos poblacionales como adultos mayores trabajada en la investigación “*Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia)*” llevada a cabo por Herrera E. (2014)(11); en población estudiantil tal como se evidencia en el trabajo titulado “*Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios*” dirigido por Pacheco D. (2014) (12) en dicha investigación se detalla las condiciones de salud desde la variable de género masculino o femenino.

En el año 2016 se encuentra un cambio en la perspectiva y se centra la mirada en el sector laboral, en la ciudad de Cartagena Collogo Z. y sus colaboradores realizaron un estudio con guardas de seguridad que laboran por turnos en una empresa de seguridad al que titularon “*Calidad de Vida Relacionada con la Salud en guardas de seguridad de Cartagena, Colombia*” donde pretendieron identificar diferencias en el estado de salud de los trabajadores al tener horarios dados por turnos irregulares y al contrastarlo con las características sociodemográficas de la población, encontrando que a pesar de que en promedio la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en los participantes es buena, se encontró que la puntuación encontrada para la dimensión de rol físico es más alto que la que obtuvo la dimensión de salud general. (13)

En el ámbito internacional, justo en el periodo del 2015 el enfoque investigativo para detallar el fenómeno de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se direccionó en los grupos de adulto mayores teniendo como factor de influencia el proceso de transición

generacional descrita en la investigación “*Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú*” propuesta por Hernández J. (14).

Así mismo se evidencia la inclinación reiterada por calcular el estado de la CVRS de grupos poblacionales con características singulares tal como se detalla en la investigación realizada en Cuba titulada “*Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios*” en un escenario Hospitalario en la que el investigador Pacheco M. (2014) busca proponer garantías en la salud y calidad de vida pues ofrece dirección priorizada del trabajo médico preventivo desde una óptica cualitativa como instrumento metodológico para en definitiva abordar categorías centrales del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva psicosocial.(12)

Igualmente se ve evidenciado la cantidad de investigaciones de CVRS a nivel internacional en grupos poblacionales que denotan algún tipo de vulnerabilidad, en el caso de los Estados Unidos, presenta una tendencia encaminada a los estudios de CVRS en población adulta mayor pero como aspecto innovador se centra en la búsqueda de una asociación con aspectos mortalidad de dicha población tal como lo trabajo para el 2015 el investigador Derek S. (2015) en su investigación titulada “*Associations Between Health-Related Quality of Life and Mortality in Older Adults*” en la se demuestran fuertes asociaciones entre la CVRS y la mortalidad mediante las mediciones de los Días Saludables de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades-CDC en la medición a corto y largo plazo, con importantes diferencias identificadas a lo largo del tiempo.(15)

Siguiendo con el contexto internacional y explorando el campo laboral se encuentran que en México se realizó la investigación “*Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en trabajadores de manufacturas en Jalisco, México*” direccionada por Salazar J.

(2016) en la que se tuvo como factor de influencia en el estado de la CVRS algunos comportamientos de salud en relación con el índice de masa corporal (IMC) en la población que no contaba con alguna enfermedad manifiesta, encontrando que existen comportamientos en salud, deterioro físico e incremento en la percepción de los malestares de salud asociados al incremento del IMC en los trabajadores de la industria manufacturera, con diferencias significativas por género.(16)

De igual manera, en Cuba, en el 2017 Trujillo Blanco W. y colaboradores desarrollaron la investigación “*Health condition and its perpection in cuban workers of different ocupattional sectors*” donde el objetivo fue caracterizar los trabajadores de tres sectores ocupacionales (industria, agricultura y servicios), describir el proceso salud-enfermedad para cada sector y evaluar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. Encontrando que los trabajadores tuvieron una CVRS física y mental ‘satisfactoria’; comparativamente fue mejor la salud física que la mental. Los trabajadores de la agricultura se quedaron por debajo de la media para ambas dimensiones (física y mental). Los trabajadores de servicios tuvieron mejor CVRS física que los de la industria, y ambos una CVRS mental parecida (17).

En el año 2018, en el Hospital Provincial “Celia Sánchez” se llevó a cabo un estudio interviniendo los trabajadores de los servicios de Cirugía General y Ortopedia para evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud aplicando la adaptación cultural cubana para la Salud Ocupacional del Cuestionario SF-36 titulado “*Calidad de Vida Relacionada con la Salud en trabajadores de los servicios de Cirugía y Ortopedia*” dirigida por Viltres A. et al, donde se determinó la fidelidad del instrumento y se pudo concluir que los trabajadores más jóvenes fueron los que mayor calidad de vida refirieron(18).

Para este mismo año, en México, se desarrolló el estudio “*Calidad de Vida y Obesidad en el personal de enfermería de una institución de salud de segundo nivel de atención*” que tuvo como director a Alarcón O. demostrando que existe una relación estadísticamente significativa entre la obesidad y la calidad de vida del personal de enfermería que labora en la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Chipalcingo (19).

Conforme a las presentes investigaciones y en la mirada retrospectiva es posible indicar que en la actualidad las investigaciones en Calidad de Vida Relacionada con la Salud han sido direccionadas a grupos poblacionales conformados por los adultos mayores, pacientes en proceso de rehabilitación, población en sus diferentes ciclos de vida y la asociación con la mortalidad sin embargo se ha dejado por fuera aspectos de vital importancia como el trabajo, asociaciones sindicales , la morbilidad y en las condiciones de trabajo (factores de riesgo ocupacional) por lo que es posible identificar un gran potencial de investigaciones en Salud Ocupacional.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Marco Contextual

Sector agroalimentario en Colombia

La industria agroalimentaria en el territorio colombiano comprende una parte significativa de la economía del país la cual se encarga de la transformación, creación, elaboración, envasado y conservación de alimentos, procesos en los cuales se integra toda una cadena de valor que como resultado permite obtener productos de calidad aptos para el consumo humano y también de animales.

Según cifras reportadas en Colombia por Procolombia, agencia gubernamental encargada de las exportaciones no minero energéticas y la inversión extranjera, en el primer trimestre del 2014 las exportaciones obtuvieron el 37,4% lo que representa un total de 1,143 millones de dólares, siendo Estados Unidos y el Reino Unido los principales clientes de nuestro país. En ese informe precisan que los departamentos que más aportan a esta cifra fueron: Antioquia con un 25,5% , Bogotá D.C. con un 18,3%, Cundinamarca con un 15%, Valle del Cauca con un 14% y Magdalena con 7,6%.(20)

Situación Sindical en Colombia

En el ámbito nacional la afiliación sindical ha caído drásticamente: de acuerdo con Urrutia (2016), la densidad pasó de 13,4% en 1965 a 4% en 2012. Estas cifras difieren de las estimadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos-OCDE

pues la densidad sindical estimada para Colombia (2014) presentó un 9,2% del total de trabajadores asalariados (incluyendo formales e informales). A manera de conclusión, las cifras internacionales en contraste con las cifras nacionales no coinciden sin embargo Colombia tiene niveles de sindicalización bajos respecto a los estándares internacionales. De acuerdo con la clasificación de la OCDE, Colombia se ubica en el extremo inferior de los países miembros de esa organización. La densidad sindical colombiana es similar a la de Francia, Corea o Estados Unidos pero muy inferior a la de otros países desarrollados y se ubica por debajo incluso de los dos países de América Latina que hacen parte de la OCDE (Chile y México).(21)

Conforme a la clasificación sindical en los diferentes sectores económicos, la Escuela Nacional Sindical-ENS reportó que, de las 5.449 organizaciones sindicales vigentes en 2016, el 18,9% pertenecía al sector de la administración pública y defensa, seguido al sector de comercio (al por mayor y al por menor) (14,9%) y servicios sociales y de salud (11,6%). Respecto a la cantidad de agremiados, el 26,4% de los trabajadores sindicalizados se ubica en el sector de educación, seguido de las industrias manufactureras y la administración pública y defensa (11,8% para cada una). En relación a la naturaleza de la organización, para el mismo año de referencia, el 72,4% de los sindicatos eran privados y el 27,6% eran estatales y por número de afiliados, el 52,0% pertenecía a organizaciones privadas y el 48,0% a públicos (ENS, 2017). (21)

Microcontexto Sindicato Perteneciente a una Empresa del Sector Agroalimentario

El Sindicato Nacional de Trabajadores del Sistema Agroalimentario “SINALTRAINAL” es un organismo que funciona como gremio del sector

Agroalimentario con más de 10 seccionales en todo el país en las principales ciudades, en el cual están incluidas las empresas del país correspondientes a este sector, como lo son: Coca Cola, Nestlé, Cía. Nacional de Chocolates, Kraft Food, Lechesan, Kokoriko, Noel-Zenú entre otros. (20)

La asociación se creó el 24 de enero de 1982 de la iniciativa de los trabajadores organizados de las empresas de la multinacional Nestlé, como un sindicato de industria. En un primer momento se propusieron defender los derechos y reivindicaciones de los obreros de la industria de alimentos los cuales fueron vulnerados por las políticas neoliberales. Estas políticas buscaban eliminar las garantías laborales y en ese sentido destruir las organizaciones sindicales. Gracias a los procesos sindicales para el año 2009 lograron ampliar la cobertura de manera integral y se convirtieron en un sindicato de trabajadores del Sistema Agroalimentario. Finalmente, el 14 de noviembre de 2014, se transformaron en un sindicato interprofesional soportado en las decisiones políticas de sus dirigentes.(22)

Precisamente la seccional Dosquebradas cuenta con aproximadamente 300 afiliados que corresponden al 75% del total de los trabajadores de planta. Esta cifra es significativa dado que entre el periodo de 2006 a 2018 se produjo una disminución cercana al 20.5%. (23)

3.2 Concepto Y Modelos De Salud

Se deben distinguir tres concepciones de salud:

1. Clásica: Salud equivale poder desarrollar las actividades cotidianas (trabajo, relaciones familiares y sociales, alimentarse, etc.). Estar sano es compatible con ciertas molestias, siempre que no impidan estas actividades. “Estado en el que el ser orgánico

ejerce normalmente todas sus funciones” según la decisión del Diccionario de la Lengua Española.

2. Fisiologista (Siglo XIX): equipara salud a ausencia d enfermedad. Es negativa y reductiva (prescinde de aspecto psicológicos o aspiraciones vitales).

3. Noción oficial de la Salud Publica: Es la definición de la OMS. Se promulgo con la Carta Fundacional de la OMS (7 abril de 1946).

La salud es un proceso de adaptación, como respuesta a unas condiciones dadas no por el azar o la culpa, sino por la forma en que cada individuo participa del proceso social, económico y político, con lo cual la enfermedad no es solamente un error, sino que pasa a ser considerada como parte de la vida, y las condiciones biológicas individuales, como una especie de registro histórico de la forma como se ha vivido. Este proceso es abanderado por los ecólogos humanos, para quienes la salud y la enfermedad no constituyen dos simples estados opuestos, sino que obedece a diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que interactúa, y los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario, produciendo la inadaptación de cuya consecuencia surge el proceso patológico. La Organización Mundial de la Salud-OMS en 1948 promulgó una definición clásica de salud la cual indica *“Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. A partir de esta definición han surgido nuevas concepciones de este proceso, asumiendo una multideterminación en su origen, factores económicos, políticos, sociales, culturales, biológicos, de servicios de salud, del entorno”. (24)

La categoría salud-enfermedad instauro el concepto de proceso por lo que configura una relación multifactorialidad-interdependencia. En consecuencia, el concepto de salud se sitúa mucho más allá del territorio biológico y natural, tiene implícito una conceptualización sanitaria, una nueva dinámica, una responsabilidad social, una apropiación de recursos físicos, económicos y humanos, es decir, un acuerdo social acerca de cuáles son los recursos que el Estado y la sociedad deben destinar al propósito de garantizar a los ciudadanos unas condiciones de salud, y como resultado unas condiciones de vida digna.(24)

Modelo Integral de determinantes sociales de la OMS.

El enfoque de los determinantes en salud y el Modelo propuesto por la OMS han tenido un nuevo impulso a partir del trabajo de la Comisión de los Determinantes Sociales en Salud (CDSS). La CDSS emitió en agosto de 2008 su Informe titulado “Subsanar las desigualdades en salud en una generación. Alcanzar la equidad actuando sobre los determinantes sociales en salud”, realizando un llamado a tomar las medidas necesarias para concretar la aspiración de alcanzar la equidad sanitaria en una generación.(25)

La OMS propone un Modelo que sintetiza algunos esfuerzos anteriores y pretende ser un modelo integral. En términos muy simples el modelo identifica 2 tipos de determinantes: determinantes estructurales y determinantes intermedios; y que además se distingue por la incorporación explícita del sistema sanitario, relevando el efecto que el sistema sanitario en interacción con los otros determinantes puede generar para modificar, atenuar y/o ampliar el efecto de los otros determinantes. Como determinantes estructurales se cuentan el contexto social, político y económico (entre los que se encuentran el contexto social,

político y económico, además de la posición social que ocupan los individuos en la estructura social (que a su vez está condicionada por la clase, género, etnia y por las oportunidades en términos de educación, ocupación e ingresos). Estos determinantes estructurales actuarían en el efecto en salud, a través de los determinantes intermedios, que corresponden a las circunstancias materiales, los factores biológicos, los estilos de vida y los factores psicosociales, además del propio sistema sanitario. Es decir, este modelo recoge el debate anterior sobre los factores psicosociales v/s factores materiales.(25)

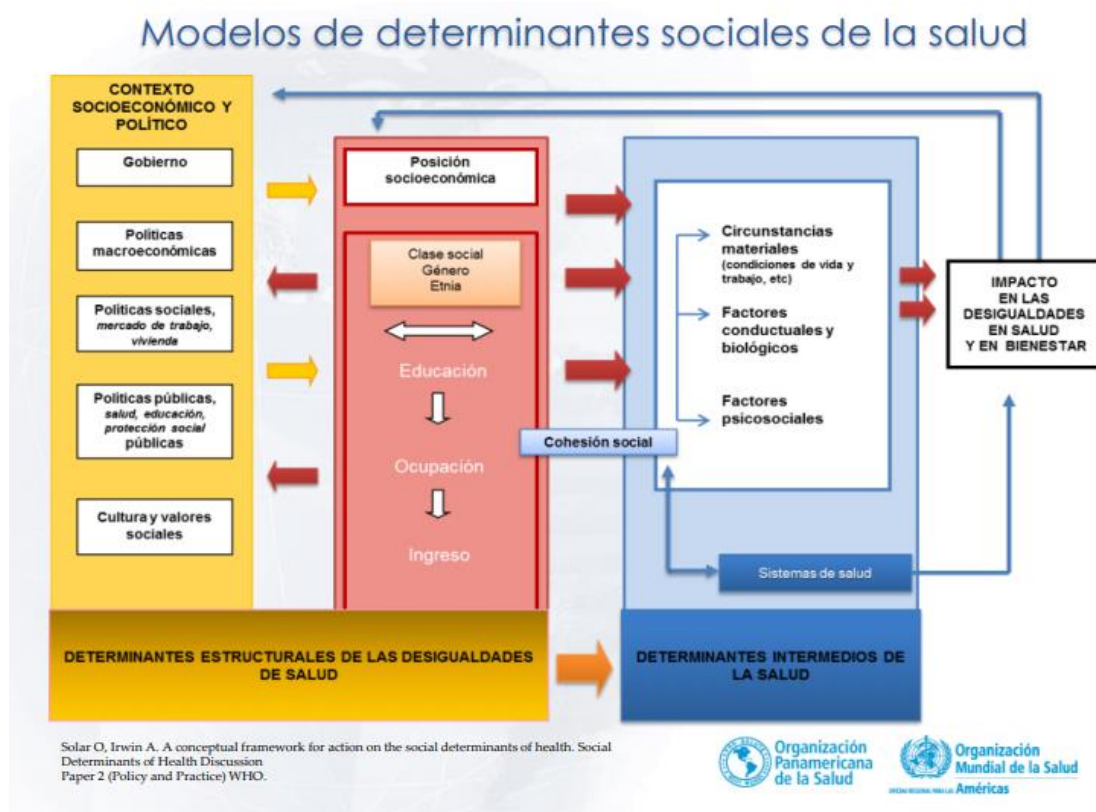


Figura 1 Modelos de Determinantes Sociales de la Salud. Comisión de determinantes sociales de la salud (OMS, 2008) (26)

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 se encuentra un apartado sobre Salud y Ámbito Laboral cuyas políticas e intervenciones buscan el bienestar y salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral; el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores. Los objetivos de esta dimensión son ampliar la cobertura en el Sistema de Riesgos Laborales, mejorar las condiciones de salud y medio ambiente de la población trabajadora y promover la salud de las poblaciones vulnerables a riesgos ocupacionales.(26)

La dimensión Salud y Ámbito laboral se compone de:

1. Seguridad y Salud en el trabajo: Este componente busca caracterizar las condiciones de salud y los riesgos laborales de las poblaciones vulnerables del sector formal e informal de la economía; fortalecer y promover la organización y participación de los trabajadores en la protección de la salud en el trabajo y lograr el cubrimiento progresivo de las poblaciones laborales vulnerables. (26)
2. Situaciones prevalentes de origen laboral: Esta dimensión apunta a fortalecer la determinación del origen de la enfermedad, su causalidad y su registro en el sistema de información en salud, definir la política nacional de investigación científica en Seguridad y Salud en el Trabajo, e identificar e intervenir los problemas emergentes o sin intervención de mayor incidencia en la salud de los trabajadores. (26)

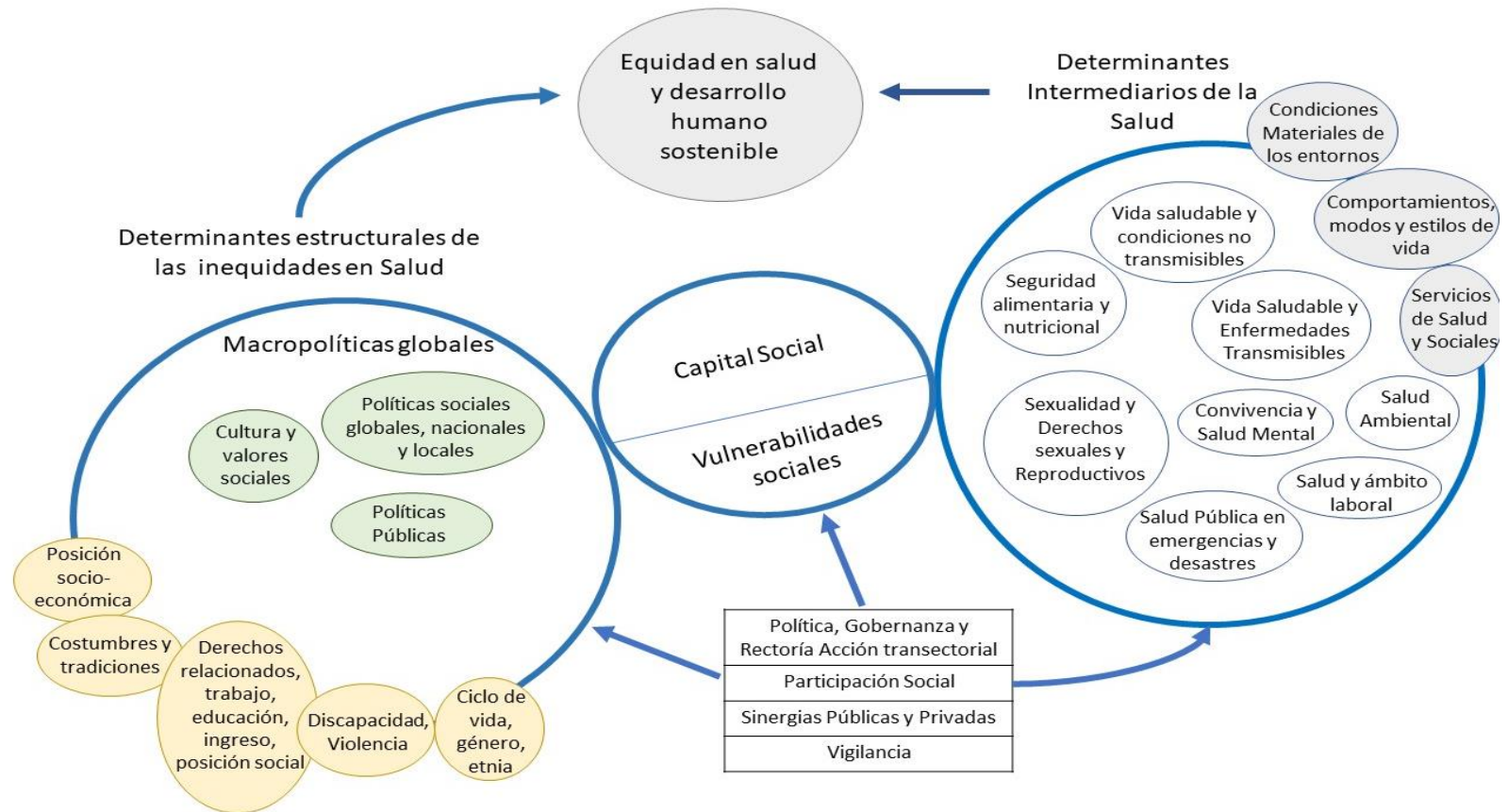


Figura 2 Modelo de determinantes en el Plan Decenal de Salud Pública. Avances en el sistema de monitoreo y evaluación de los Planes Territoriales de Salud 2016-2019 (28)

Morbilidad

El término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un indicador estadístico de mucha importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

La morbilidad es un dato demográfico y sanitario que cumple la función de informar la proporción de personas que sufren una enfermedad en un espacio y tiempo acotados. Esto es así a modo de poder analizar de mejor modo la evolución de tal enfermedad en condiciones particulares ya que al delimitarla, los efectos y fenómenos producidos son más fácilmente observables. La morbilidad es especialmente utilizada por la epidemiología.

Por su parte la investigadora Wright L. (2016) expone que el término morbilidad se refiere a las enfermedades y dolencias en una población. El brote de una enfermedad puede tener consecuencias graves sobre otros aspectos de la población. Los datos sobre la frecuencia y la distribución de una enfermedad pueden ayudar a controlar su propagación y, en algunos casos, conducir a la identificación de su causa. (27)

3.3 Calidad De Vida Relacionada Con La Salud

El avance imparable y espectacular de la tecnología y su aplicación al campo de la salud han supuesto, en numerosas ocasiones, el abordaje de la enfermedad desde un enfoque exclusivamente biomédico, dejando de lado la visión holística del cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar. La necesidad de dar respuesta a esta situación, unida a la elevada prevalencia de las enfermedades crónicas y a su objetivo terapéutico (atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes) ha generado la obligación de definir y establecer medidas encaminadas a evaluar la calidad de los servicios de salud. En este contexto se incorpora la medida de la “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” (CVRS) (Schwartzmann, 2003). (28)

Una de las primeras definiciones y más conocidas de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud-CVRS fue la propuesta por Calman como «la diferencia en un período de tiempo específico entre las esperanzas y expectativas del individuo y las experiencias reales». Por su parte, Schumaker y Naughton resaltaron lo siguiente “la CVRS se preocupa por aquellos aspectos relacionados con la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud”.(29)

Patrick y Erickson (1993) la definen como 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 de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.(30)

Se ha intentado distinguir entre estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), pero en muchos casos estos términos se utilizan indistintamente para referirse a la salud. La salud se puede definir en 5 dimensiones: características genéticas o hereditarias, que forman la estructura básica y donde se fundamentan todos los demás aspectos de la salud del individuo; las características bioquímicas, fisiológicas o anatómicas, incluyendo la enfermedad, la disminución y la incapacidad; el estado funcional, el desarrollo de las actividades de la vida diaria como trabajar, caminar o relacionarse; el estado mental, que incluye la autopercepción del estado de ánimo y la emoción, y finalmente el potencial de salud individual, que incluye la longevidad, el potencial funcional del individuo y el pronóstico de la enfermedad y de la incapacidad. (29)

Por tanto, se puede decir que la calidad de vida relacionada con la salud es entendida como el aspecto de la calidad de vida referido concretamente a la salud de la persona y que es empleado para designar los resultados obtenidos tras la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas (Fernández López et al., 2010). (28)

La calidad de vida (CV) es un concepto construido socialmente que incluye diversos significados que reflejan conocimientos, experiencias y valores de individuos y colectividades, y que surgen en épocas, espacios y contextos diferentes. Se encuentran dos perspectivas teóricas básicas en CV, la objetiva y la subjetiva; la primera se refiere al grado en que la vida cumple con las normas explícitas de una buena vida, según la evaluación de un tercero y la segunda está determinada por la valoración que el sujeto hace de su propia vida. Por su carácter multidimensional, la CV expresa valores y expectativas que varían de

persona a persona, entre los grupos humanos y entre diferentes lugares, e incluye percepciones objetivas y subjetivas que pueden ser similares entre las personas o grupos, pero que no son iguales en su totalidad. (31)

La Organización Mundial para la Salud concreta este extenso término limitándolo a una serie de dimensiones, con sus respectivas facetas relacionadas entre sí de forma compleja, como son la salud física (dolor y malestar, energía y fatiga, sueño y descanso), la salud psicológica (sentimientos positivos y negativos, imagen corporal, autoestima y pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración), el nivel de independencia (actividades de la vida cotidianas, movilidad, dependencia a medicación o tratamiento y capacidad para trabajar), las relaciones sociales (relaciones personales, soporte social y actividad sexual), el medio ambiente (seguridad física, ambiente hogareño, recursos financieros, cuidado social y de salud, oportunidades para adquirir información y aprendizaje, participación y oportunidades para la recreación y el ocio, medio ambiente físico, transporte) y la espiritualidad/religión/creencias personales (Baldi López, Devia, & Giménez, 2013; Bobes et al., 2000).(28)

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. (30)

Basados en que ningún modelo incluye el rango total de variables que son típicamente incluidas en la evaluación de CVRS; y además no se especifican los vínculos entre las distintas mediciones, Wilson y Cleary elaboran un modelo que integra dos diferentes tipos de marco comprensivos de la salud, unos desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos, y por otro lado, desde

el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general (Figura 1).(32)

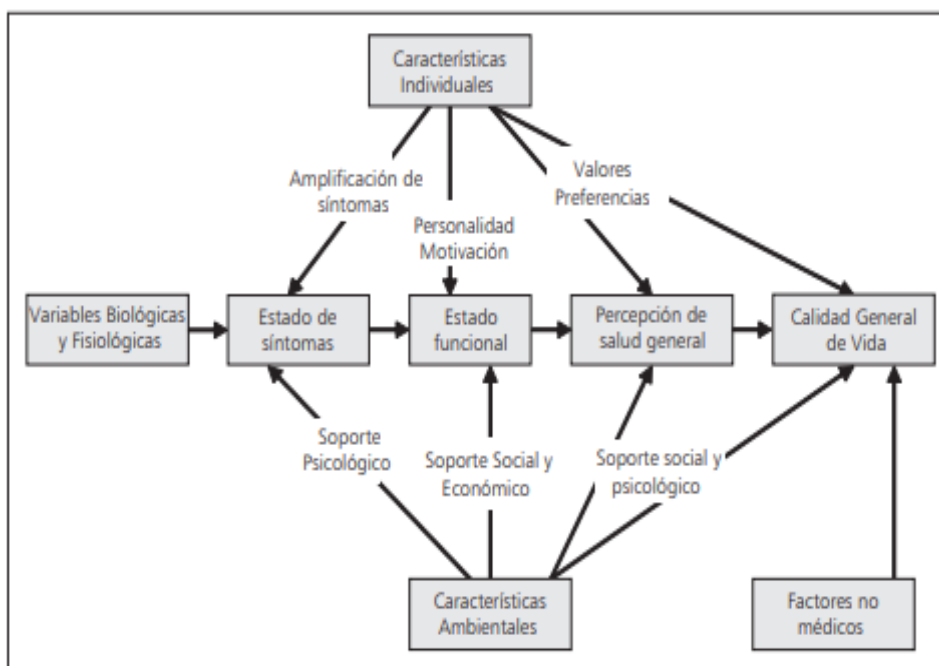


Figura 3 Modelo CVRS Wilson & Cleary. Calidad de vida relacionada con la salud: Definición y utilización en la práctica médica

Por tanto, la CVRS es un concepto multidimensional. Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía de la persona. A continuación, se describen las dimensiones utilizadas más frecuentemente en la investigación sobre CVRS. (33)

- **Funcionamiento físico:** Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el

habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.

- Bienestar psicológico: Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas.
- Estado emocional: Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico.
- Dolor: Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana.
- Funcionamiento social: Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.
- Percepción general de la salud: Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud.

Instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud

Los instrumentos genéricos de medida de la CVRS contienen un amplio abanico de dimensiones de CVRS y se han diseñado para que sean aplicables a la población general y a una gran variedad de afecciones. Así, los instrumentos genéricos permiten hacer comparaciones del estado de salud entre individuos de la población general o pacientes con diferentes afecciones. También pueden aplicarse cuando no existe un instrumento específico en una afección determinada; en este caso proporcionan una idea inicial del impacto de dicha enfermedad en la CVRS del paciente.(29) Para evaluar la CV es importante definir las dimensiones que se quieren valorar, las motivaciones, propósitos y objetivos de hacerlo, así como el enfoque a usar, cualitativo, cuantitativo o mixto y, por tanto, escoger los instrumentos de medición adecuados. Existen escalas de medición que tienen en cuenta la condición de percepción individual y contextual de la CVRS, aunque con dimensiones y alcances diversos.(31)

La CVRS se evalúa mediante cuestionarios diseñados específicamente para ello y que reflejan el punto de vista del paciente. Estos instrumentos suelen estar formados por preguntas cerradas adaptadas al idioma y la cultura del paciente evaluado) y deben de disponer de propiedades métricas demostradas. Los primeros cuestionarios se desarrollaron en los años 70, pero, en general, eran excesivamente largos y de difícil aplicación. En la actualidad existe una amplia variedad de cuestionarios que han demostrado ser útiles (fiables, válidos, sensibles) y de fácil administración. Tres de los más utilizados son el Nottingham Health Profile (NHP), el Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36) y el EURO-QOL (EQ-5D). Un cuestionario de CVRS debe contener

preguntas relativas a todas las dimensiones relevantes para la enfermedad que se desee evaluar. (33)

Los perfiles de salud incluyen dimensiones genéricas como el estado físico, mental o social de la CVRS. Pueden aplicarse a la población general y a una gran variedad de afecciones, permiten la comparación de las puntuaciones entre las diferentes afecciones y determinar los efectos del tratamiento en diversos aspectos de la CVRS sin necesidad de utilizar múltiples instrumentos. Sin embargo, como no incluyen aspectos específicos para la evaluación de una determinada afección, pueden ser poco sensibles a los cambios. (29)

Algunos cuestionarios de CVRS incluyen varias preguntas por dimensión, mientras que otros incluyen sólo una pregunta por dimensión evaluada. (33)

Instrumento SF 36

Al reconocer que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como “Evaluación internacional de la calidad de vida”, para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey). Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; así mismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA), y posteriormente se han incorporado en más de 40 naciones. (34)

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.(35)

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista.(35)

La principal ventaja del SF-36 es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes individuos o de grupos poblacionales, mediante la aplicación personal y directa del cuestionario para su posterior valoración, lo cual es de utilidad para la planificación sanitaria y el establecimiento de políticas sociales dirigidas a esta población. Vilagut y cols.(2007) al evaluar los 10 años de experiencia acumulada en España con el SF-36, uno de los instrumentos de CVRS más conocidos y utilizados a escala internacional, ilustran la madurez que ha alcanzado en nuestro entorno la medición y el estudio de la CVRS (36). Los autores realizaron una revisión crítica del contenido y muestran además la notable variedad de poblaciones y tipos de estudio en los que se ha utilizado hasta el momento este instrumento. El SF-36 fue validado en Colombia por Stephan P. Leher en 1997, en una

investigación en un barrio del sur de Bogotá, el cual fue adaptado a 11 preguntas referentes a las dimensiones física y social.(37)

3.4 Marco Legal

- **Resolución 2674 de 2013**

Las empresas del sector agroalimentario que desarrollen la cadena de valor deben conocer y cumplir con la normatividad que rige actualmente en Colombia. Como norma sanitaria se encuentra la que rige a partir del 22 de julio de 2013 y que fue expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y vigilada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.

Aplica a todas las personas Natural y/o jurídica dedicadas a las actividades que se nombran a continuación:

- Fabricación.
- Procesamiento.
- Preparación
- Envase
- Almacenamiento
- Transporte
- Distribución
- Importación
- Exportación
- Comercialización

También aplica a personas manipuladoras de alimentos y a las autoridades sanitarias de inspección, vigilancia y control.(20)

- **Resolución 1072 de 2015**

Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo y se establece un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo junto con el sistema de vigilancia epidemiológica. Este decreto compilado en Libro 2, Parte 2 Reglamentaciones, Título 4 Riesgos Laborales, en el Capítulo 6 hace referencia al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo en el que se encuentra contenido el Decreto 1443 de 2014. (38)

- **Decreto 1443 de 2014**

Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. El decreto tiene por objeto definir las directrices de obligatorio cumplimiento para implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST, que deben ser aplicadas por todos los empleadores públicos y privados, los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, las empresas de servicios temporales y tener cobertura sobre los trabajadores dependientes, contratistas, trabajadores cooperados y los trabajadores en misión.

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora, continua y que incluye la política, organización, planificación, aplicación, evaluación, auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.

El SG-SST tiene como objetivo mejorar las condiciones, el ambiente y la salud en el trabajo, identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los controles respectivos, proteger la seguridad y la salud para contribuir al bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas sus labores.

Debe ser implementado por las empresas contratantes, con la participación de los trabajadores, también se debe garantizar su cumplimiento, divulgarlo a los empleados y revisarlo por lo menos una vez por año; deberá suministrar a todos los nuevos empleados una inducción de las labores a realizar, la identificación y control de peligros y riesgos que puedan conllevar a un accidente en su ambiente laboral, como también la prevención de los mismos; deberá un programa de capacitación anual en seguridad y salud en el trabajo, suministrar los equipos y elementos de protección personal respectivos a los trabajadores.

Toda la documentación referente al soporte del cumplimiento de la norma debe conservarse de manera controlada, organizada y de forma legible para el fácil acceso del personal que lo necesite, podrá ser conservada de forma electrónica o física, cuidando que quede protegida contra daño, deterioro o pérdida total de esta. Así como también, la empresa deberá contar con un médico especialista en medicina laboral o del trabajo.

El trabajador debe también contribuir con el cumplimiento del presente decreto, procurar el cuidado integral de su salud, asistir a toda actividad de capacitación de la seguridad y salud en el trabajo programada por la empresa, proporcionar información de su estado de salud, comunicar al empleador de los peligros que rodean su lugar de trabajo o también de asegurarse que la empresa cuente con el SG-SST.

Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) tienen obligaciones con respecto a la seguridad y salud en el trabajo, entre ellas, la capacitación de los que velan por el cumplimiento de la seguridad y salud en el trabajo, proporcionar asesoría y asistencia a las empresas y empleados afiliados. (39)

- **Ley 83 de 1931**

Esta ley trabaja sobre toda la estructura organizacional de los sindicatos en Colombia. En el desarrollo de la ley se reconoce el derecho de los trabajadores para asociarse libremente en defensa de sus intereses. Para ello estipula la creación de sindicatos, asociaciones profesionales, involucrando de igual manera a las profesiones liberales, a los industriales y a los trabajadores asalariados por el Estado, los Departamentos y los Municipios. En su estructura normativa dicta los mínimos estándares para adjudicar se personería jurídica y para ello se dispone las siguientes facultades:

1. Celebrar contratos colectivos.
2. Defender los derechos de sus miembros en los conflictos de trabajo, ya sea ante terceros o ante las autoridades.
3. Crear, administrar y subvencionar instituciones, establecimientos u obras sociales de utilidad común, tales como cajas de socorros mutuos, habitaciones baratas, oficinas de colocación, laboratorios, campos de experimentación y deporte, cursos y publicaciones de educación científica, agrícola o industrial, sociedades cooperativas, casa de salud, biblioteca y escuelas.
4. Comprar para revender, alquilar, prestar o repartir entre sus miembros, o comprar por cuenta de ellos, todos los objetos necesarios al sostenimiento de la familia y al ejercicio de la profesión, materias primas, instrumentos, máquinas,

abonos, semillas, plantas o animales; servir de intermediario para la venta de los productos provenientes del trabajo de los socios o de la producción de cooperativas, siempre que no procedan en nombre propio, y facilitar esa venta por medio de exposiciones, anuncios y sistemas adecuados de transporte.

5. Procurar la conciliación en los conflictos de trabajo, y decretar la huelga, llegado el caso, y previos los trámites legales, en los establecimientos, fábricas, talleres o industrias cuyos trabajadores pertenezcan al gremio, previa aprobación de las dos terceras partes de los miembros del sindicato.(40)

- **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Dimensión Salud y Ámbito Laboral**

Es importante traer a colación esta dimensión del plan pues reúne las acciones sobre una población específica con individuos identificables y caracterizables. Esta línea debe ser realizada por todas las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones a fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubieran podido evitarse.(41)

- **Historias Clínicas Resolución 839 de 2017**

La presente resolución tiene por objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS. (42)

- **Ley Estatutaria 1751 de 2015**

Ley estatutaria en salud por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. (43)

- **Resolución 2346 de 2007**

Por la cual se regula la práctica de evaluaciones medicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales. Las evaluaciones médicas ocupacionales son actividades principales de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo, instrumento importante para la elaboración de los diagnósticos de las condiciones de salud de los trabajadores y el seguimiento estandarizado de estas en los lugares de trabajo. De esta resolución surge la unificación de criterios en la aplicación de evaluaciones médicas ocupacionales y manejo de la historia clínica ocupacional, teniendo que:

Las evaluaciones médicas ocupacionales que debe realizar el empleador público y privado en forma obligatoria son como mínimo, las siguientes:

Evaluación médica preocupacional o de preingreso: Son aquellas que se realizan para determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes de su contratación, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas. Las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas se clasifican en programadas y por cambio de ocupación.

- Evaluaciones médicas periódicas programadas: Se realizan con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones

temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo.

- Evaluaciones médicas por cambios de ocupación: El empleador tiene la responsabilidad de realizar evaluaciones médicas al trabajador cada vez que este cambie de ocupación y ello implique cambio de medio ambiente laboral, de funciones, tareas o exposición a nuevos o mayores factores de riesgo, en los que detecte un incremento de su magnitud, intensidad o frecuencia.

Evaluación médica postocupacional o de egreso. Aquellas que se deben realizar al trabajador cuando se termina la relación laboral.

Toda evaluación médica ocupacional debe ser firmada por el trabajador y por el médico evaluador, con indicación de los números de registro médico y de la licencia en salud ocupacional, indicando el tipo de evaluación-preocupacional, periódica, de egreso o específica, realizada. Las evaluaciones médicas ocupacionales deben ser realizadas por médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional, con licencia vigente en salud ocupacional, siguiendo los criterios definidos en el programa de salud ocupacional, los sistemas de vigilancia epidemiológica o los sistemas de gestión, así como los parámetros que se determinan en la presente resolución.

La historia clínica ocupacional es el conjunto único de documentos privados, obligatorios y sometidos a reserva, en donde se registran cronológicamente las condiciones de salud de una persona, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Puede surgir como resultado de una o más evaluaciones médicas ocupacionales. Contiene y relaciona los antecedentes laborales y de exposición a factores de riesgo que ha presentado la persona en su vida laboral, así como

resultados de mediciones ambientales y eventos de origen profesional. La historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y hacen parte de la reserva profesional; por lo tanto, no podrán comunicarse o darse a conocer, salvo los siguientes casos:

Para la custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales se aplicarán las siguientes reglas:

1. La custodia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de Salud Ocupacional que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica. Los médicos especialistas en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional que formen parte de los servicios médicos de la empresa, tendrán la guarda y custodia de la historia clínica ocupacional y son responsables de garantizar su confidencialidad.
2. Los responsables de la custodia podrán entregar copia de la historia clínica ocupacional foliada al trabajador, cuando este lo solicite.
3. En caso de muerte del paciente, la copia de la historia clínica ocupacional será entregada únicamente al cónyuge, compañera (o) permanente, hijos y causahabientes, así como a aquellas personas autorizadas expresamente por la ley.
4. En el evento que los documentos de la historia clínica ocupacional se encuentren en diversas instituciones, la entidad o persona competente que

requiera información contenida en ellos, podrá solicitar copia de los mismos a la entidad que los tiene a su cargo, previa autorización del paciente.

5. El responsable de la custodia debe dejar constancia del traslado de la copia de la historia clínica ocupacional entre entidades, mediante acta o registros de entrega y devolución, las cuales deberán ir firmadas por los funcionarios responsables de su custodia.(44)

- **Ley 1562 de 2012**

Ley del 11 de Julio de 2012 por el cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y dicta disposiciones en materia de Salud Ocupacional entendida como Seguridad y Salud en el trabajo, y el Programa de Salud Ocupacional entendido como el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST. (45)

- **Resolución 6045 de 2014**

Ley del 30 de diciembre de 2014 por el cual se adopta el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013 – 2021. (46)

- **Resolución 2400 de 1979**

Del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, firmada el 22 de Mayo de 1979 por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.(47)

- **Resolución 1016 de 1989**

Del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social y de Salud, firmada el 31 de Marzo de 1989, por el cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país. (48)

- **Resolución 0312 de 2019**

Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. La resolución tiene por objeto establecer los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para los empleadores públicos y privados, contratantes bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, organizaciones, cooperativas, agremiaciones o asociaciones. Los estándares mínimos corresponden al conjunto de normas, requisitos y procedimientos de obligatorio cumplimiento de los empleadores y contratantes mediante los cuales se establecen, verifican y controlan las condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para el funcionamiento, ejercicios y desarrollo de las actividades en el SG-SST en el marco del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales.

Con la reglamentación anterior todas las empresas debían cumplir con 62 estándares mínimos, mientras que con la nueva norma las empresas de menos de 10 trabajadores solamente deben cumplir con 7 estándares; las de 11 a 50, con 21, y las unidades agropecuarias tendrán tres requerimientos.

Para las de menos de 10 trabajadores con riesgo I, II y II establece: asignación de personas que diseñan el sistema de gestión de SST; afiliación al sistema; capacitación en SST; plan anual de trabajo; evaluaciones médicas ocupacionales; identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos; medidas de prevención y control frente al peligro/riesgos identificados.

Los estándares para empresas con 10 o menos trabajadores incluyen temas como: conformación y funcionamiento del Copasst; conformación del comité de convivencia

laboral; descripción socio demográfica y diagnóstico de condiciones de salud, actividades de medicina del trabajo y de prevención y promoción de la salud; reporte de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, entre otros.

Los estándares para empresas con 50 trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV o V y de 50 o menos empleados con riesgo IV o V están: asignación de recursos para el sistema; capacitación de los miembros del Copasst; programa de capacitación anual; inducción y reinducción en SST; curso virtual de capacitación de 50 horas en SST; objetivos de SST; rendición de cuentas, entre otros.

Establece fases y tiempos de adecuación y transición del SG-SST con estándares mínimos:

- 2017 (Jun-Ago) Evaluación inicial.
- 2017 (Sept-Dic) Plan de mejoramiento respecto a la evaluación inicial.
- 2018 (Ene-Dic) Puesta en marcha y Ejecución.
- 2019 (Ene-Oct) Seguimiento a los planes de mejora
- 2019 (Nov en adelante) Verificación por parte del ministerio
- 2020 (y en adelante) Implementación definitiva del SG-SST: todos los planes se ejecutarán de Ene-Dic con un ciclo así: Autoevaluación à Plan de mejora correspondiente à Plan anual del SG-SST

Al igual que con la definición actual el Ministerio del Trabajo ha separado las tareas en el ciclo de mejora PHVA y le ha dado una valoración al cumplimiento de cada requisito de forma taxativa.

Se sigue manteniendo una valoración final del nivel de cumplimiento, en 3 categorías así: Crítico (menor a 60% de cumplimiento), Moderadamente aceptable (60% a 85%), Aceptable (mayor a 85%)

El plan de mejora tiene que incluir:

- Actividades a realizar
- Personas responsables de cada actividad
- Plazo de cumplimiento de cada actividad
- Recursos
- Soportes de efectividad de prevención. (49)

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar el comportamiento de la morbilidad y calidad de vida relacionada con la salud en los trabajadores afiliados al sindicato nacional de trabajadores de la industria agroalimentaria Seccional Dosquebradas entre julio de 2010 – julio 2018

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los trabajadores en estudio.
- Estimar la prevalencia de la morbilidad en la población objeto de estudio registrada desde el ingreso a la empresa hasta septiembre de 2018.
- Describir la Calidad de Vida actual Relacionada con la Salud de los trabajadores.
- Establecer la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población objeto de estudio.

5 METODOLOGÍA

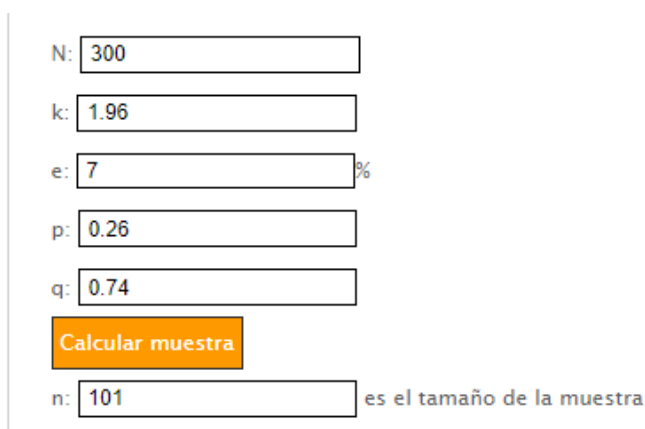
5.1 Tipo de Estudio

Para el presente estudio, el enfoque fue cuantitativo y el diseño de tipo descriptivo de corte transversal pues se recolectó datos de las historias clínicas generales (caracterización de la morbilidad), y adicionalmente se evaluó en el momento actual, mediante la aplicación del instrumento SF-36, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sindical Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018, para finalmente relacionar los datos encontrados.

5.2 Área de Estudio

Se contó con la participación de trabajadores de una empresa del sector agroalimentario que se encuentra ubicada en la ciudad de Dosquebradas, Risaralda. Se eligió esta población derivado al interés a nivel directivo para estudiar a profundidad las condiciones de salud de sus afiliados.

Para esto se realizó el cálculo del tamaño de muestra con el programa Epidat 4.1, se utilizó el 95% de nivel de confianza y un 7% de margen de error, proporción estimada de morbilidad de 26% para una muestra población igual a n:101



N: 300

k: 1.96

e: 7 %

p: 0.26

q: 0.74

Calcular muestra

n: 101 es el tamaño de la muestra

Figura 5 Calculo de tamaño de muestra

Para la selección de los participantes se realizó una reunión con todos los trabajadores afiliados al sindicato, en la misma se socializó el estudio y se aplicó el consentimiento informado, instrumento de la encuesta y la autorización para acceder a la historia clínica general, y posteriormente se recopiló la información de historia clínica.

Criterios de Inclusión

Para participar en el estudio se contempló los siguientes criterios de inclusión:

- Ser trabajador de la Empresa La Rosa.
- Estar afiliado al Sindicato Nacional de Trabajadores del Sistema Agroalimentario Sinaltrainal- Seccional Dosquebradas.

- Autorizar y diligenciar el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- No diligenciar completamente el cuestionario SF - 36.

5.4 Variables

Considerando los objetivos de la investigación, se propuso como variables:

Variable	Definición Operacional	Tipo de Variable	Valores Posibles	Objetivos de la Investigación	Método de Recolección
Edad	Edad de la persona en años cumplidos, Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento(24).	Cuantitativa continua	Para género femenino: entre 18 y 57 años cumplidos. Para género masculino: entre 18 y 60.	Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018.	Encuesta diseñada por investigadores
Escolaridad	Grado escolar, Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. (24)	Categórica nominal	Primaria sin terminar, Primaria completo, Bachiller sin terminar, Bachiller completo, Técnica sin terminar, Técnica completa, Tecnología sin terminar, Tecnología completa, Universitaria Completa, Universitaria incompleta.	Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018.	Encuesta diseñada por investigadores

Estado civil	Estado civil de la persona, estado civil Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. (24)	Categoría nominal	Soltero (a), Casado (a) o unión libre, Separado (a), Divorciado (a), Viudo (a)	Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018.	Encuesta diseñada por investigadores
Tiempo de vinculación en la empresa	Hace referencia al tiempo transcurrido desde que ocurrió la firma entre las partes (empresa y empleado).	Cuantitativa continua	Rango de años que va desde 6 meses cumplidos hasta 60 años cumplidos	Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018.	Encuesta diseñada por investigadores
Sección donde trabaja	Responde al espacio que ha destinado la empresa donde se desempeña el cargo actual y que corresponde a alguna de las áreas que ha estructurado la empresa para su proceso productivo.	Categoría nominal	Chocolatería, Empacado, Galletería, Línea wafer, Producción.	Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018.	Encuesta diseñada por investigadores

Cargo	Es el nombre del puesto que ocupa la persona en la organización y que está ligado al perfil ocupacional junto sus respectivas funciones específicas. También se tienen en consideración el profesiograma con sus diversas demandas y responsabilidades.	Categoría nominal	Rango de años que va desde 6 meses cumplidos hasta 60 años cumplidos	Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018.	Encuesta diseñada por investigadores
Antigüedad en el cargo	Hace referencia al tiempo transcurrido en el cargo en el que se encuentra ubicado en la actualidad.	Cuantitativa continua	Rango de años que va desde 1 año hasta los 60 años.	Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018.	Encuesta diseñada por investigadores
Municipio de residencia	Lugar, municipio, localidad o ciudad donde vive.	Categoría nominal	Pereira, Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal.	Caracterizar las condiciones sociodemográficas de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018.	Encuesta diseñada por investigadores

Función Física	Condiciones físicas en relación a la fuerza, velocidad, resistencia, flexibilidad y coordinación que presenta la persona para el desarrollo de una actividad	Categórica nominal	Comprende 10 ítems con puntuaciones desde el número 0 al 100 donde 0 en esta categoría indica que “muy limitado para llevar a cabo actividades físicas incluidas bañarse debido a la salud” y 100 indica que “Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud”.	Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Instrumento SF36 -CVRS
Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio Función Física.	Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio	Categórica Ordinal	Excelente: 100; Muy Buena: 84 -99; Buena: 61 - 84; Regular: 25 - 60; Mala: 0 -24	Determinar la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población sujeta de estudio.	Instrumento SF36 -CVRS

Función Física	Condiciones físicas en relación a la fuerza, velocidad, resistencia, flexibilidad y coordinación que presenta la persona para el desarrollo de una actividad	Categórica nominal	Comprende 10 ítems con puntuaciones desde el número 0 al 100 donde 0 en esta categoría indica que “muy limitado para llevar a cabo actividades físicas incluidas bañarse debido a la salud” y 100 indica que “Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud”.	Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Instrumento SF36 -CVRS
Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio Función Física.	Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio	Categórica Ordinal	Excelente: 100; Muy Buena: 84 -99; Buena: 61 - 84; Regular: 25 - 60; Mala: 0 -24	Determinar la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población sujeta de estudio.	Instrumento SF36 -CVRS

Rol Físico	Función de las condiciones físicas para interactuar en los diversos roles del ser humano	Categórica nominal	Comprende 4 ítems con puntuaciones desde el número 0 al 100 donde 0 en esta categoría señala que “Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física” y 100 precisa que “Ningún problema con el trabajo u actividades diarias debido a la salud física”	Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Instrumento SF36 -CVRS
Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio Rol Físico.	Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio	Categórica Ordinal	Excelente: 100; Muy Buena: 84 -99; Buena: 61 - 84; Regular: 25 - 60; Mala: 0 -24	Determinar la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población sujeta de estudio.	Instrumento SF36 -CVRS

Dolor Corporal	Hace referencia a las sensaciones molesta a nivel del cuerpo que limita la habilidad y la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas.	Categórica nominal	Comprende 2 ítems con puntuaciones desde el número 0 al 100 donde 0 en esta categoría señala que “dolor intenso y extremadamente limitante” y 100 indica que “ningún dolor o limitaciones debidas a él”.	Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Instrumento SF36 -CVRS
Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio Dolor Corporal.	Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio	Categórica Ordinal	Excelente: 100; Muy Buena: 84 -99; Buena: 61 - 84; Regular: 25 - 60; Mala: 0 -24	Determinar la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población sujeta de estudio.	Instrumento SF36 -CVRS
Salud General	La salud general es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo de la integralidad del ser humano.	Categórica nominal	Comprende 2 ítems con puntuaciones desde el número 0 al 100 donde 0 en esta categoría señala que “evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore”	Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Instrumento SF36 -CVRS

Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio Salud General	Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio	Categórica Ordinal	Excelente: 100; Muy Buena: 84 - 99; Buena: 61 - 84; Regular: 25 - 60; Mala: 0 - 24	Determinar la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población sujeta de estudio.	Instrumento SF36 -CVRS
Vitalidad	Se refiere al dinamismo o vigor de la persona que manifiesta cierta actividad o energía para la participación en las actividades de la vida diaria.	Categórica nominal	Comprende 4 ítems con puntuaciones desde el número 0 al 100 donde 0 en esta categoría señala que “se siente cansado o exhausto todo el tiempo” y 100 precisa que “se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo”	Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Instrumento SF36 -CVRS
Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio vitalidad	Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio	Categórica Ordinal	Excelente: 100; Muy Buena: 84 - 99; Buena: 61 - 84; Regular: 25 - 60; Mala: 0 - 24	Determinar la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población sujeta de estudio.	Instrumento SF36 -CVRS

Función Social	Alude a la función es el propósito o tarea que se le atribuye que significa ejecución o ejercicio de una facultad para participar de manera activa en la sociedad ya sea interactuando con ella o siendo parte de una comunidad o territorio.	Categórica nominal	Comprende 2 ítems con puntuaciones desde el número 0 al 100 donde 0 en esta categoría señala que “interferencia extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales” y 100 resalta que “lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales”.	Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Instrumento SF36 -CVRS
Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio Función social	Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio	Categórica Ordinal	Excelente: 100; Muy Buena: 84 -99; Buena: 61 - 84; Regular: 25 - 60; Mala: 0 -24	Determinar la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población sujeta de estudio.	Instrumento SF36 -CVRS

Rol Emocional	El rol emocional es el papel o función que alguien desempeña, por voluntad propia o por imposición de manera que imprime emociones tal como alegría, enojo, tristeza en las actividades que desempeña en la sociedad o trabajo.	Categórica nominal	Comprende 3 ítems con puntuaciones desde el número 0 al 100 donde 0 en esta categoría señala que “problemas con el trabajo u otras actividades debido a problemas emocionales” y 100 expresa que “ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales”	Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Instrumento SF36 -CVRS
Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio Rol emocional	Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio	Categórica Ordinal	Excelente: 100; Muy Buena: 84 -99; Buena: 61 - 84; Regular: 25 - 60; Mala: 0 -24	Determinar la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población sujeta de estudio.	Instrumento SF36 -CVRS

Salud Mental	Un concepto complejo, que abarca varias áreas de nuestra vida cotidiana y de nuestro cuerpo, así como el bienestar y equilibrio que debe tener una persona en su aspecto psíquico, emocional y social.	Categórica nominal	Comprende 5 ítems con puntuaciones desde el número 0 al 100 donde 0 en esta categoría señala que “sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo” y 100 precisa que “sentimiento de tranquilidad y calma durante todo el tiempo.	Describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Instrumento SF36 -CVRS
Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio salud mental	Clasificación de la puntuación obtenida en el dominio	Categórica Ordinal	Excelente: 100; Muy Buena: 84 -99; Buena: 61 - 84; Regular: 25 - 60; Mala: 0 -24	Determinar la relación existente entre la Calidad de Vida actual relacionada con la salud y la morbilidad encontrada en la población sujeta de estudio.	Instrumento SF36 -CVRS
Diagnóstico Médico	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad	Categoría Nominal	Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS en 1992	Identificar la prevalencia de la morbilidad en los trabajadores afiliados a la organización Sinaltrainal seccional Dosquebradas entre el 2010 – 2018	Historia Clínica consignada en la Rejilla de registro de la información. Anexo No.4

5.5 Recolección de la Información

Instrumento para la recolección de la información

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se implementó los siguientes formatos e instrumentos para la recolección de la información:

- Cuestionario de Salud SF-36: Este instrumento contiene un campo para el registro de variables sociodemográficas y otra parte para la determinación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Ver anexo 1.

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. La tabla 1 contiene el número de ítems incluidos en las diferentes escalas del cuestionario, así como una breve descripción del significado de puntuaciones altas y bajas. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos.(35)

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Figura 6 Contenido de las escalas del SF-36. El cuestionario SF -36 español

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de sus máximo y mínimo a el mejor y el peor de los estados de salud posibles. Así.(35) Se clasifican los puntajes obtenidos para cada dominio en 5 categorías siendo Excelente: puntaje igual a 100, Muy Buena 99 -85, Buena 84 – 61, Regular 60 – 25 y Mala 25-0

- Carta de Solicitud de Historia Clínicas dirigidas a las Empresas Promotoras de Salud (EPS): Este formato de solicitud contiene la información clara, precisa y completa de la investigación para autorizar la entrega de copia de la historia clínicas médicas de los trabajadores. Ver Anexo 2.

- Consentimiento Informado: Formato en el cual se explicó a los trabajadores el objetivo de la investigación y el manejo de la información de manera confidencial. Ver Anexo 3.

Trabajo de Campo

Para obtener los datos de los participantes en la investigación se realizó:

1. Se efectuó contacto con las directivas del Sindicato Nacional de trabajadores de la industria Agroalimentaria seccional Dosquebradas (R), con el fin de socializar el proyecto, los objetivos y estructurar un cronograma para su implementación. También se programó una asamblea general para socializar a los participantes, los objetivos de la investigación junto con los alcances y en ese sentido explicar con claridad los instrumentos que se aplicaron y el contenido del consentimiento informado. De esta manera se obtuvo la firma por las partes participantes que garantizó el manejo confidencial de la información. Es importante resaltar que para este momento se ofreció claridad completa de las implicaciones de los participantes en el proyecto. Esta reunión tuvo una programación de las actividades consignadas en un acta y se dirigió por la investigadora del proyecto, el tutor del proyecto y los directivos con una duración 30 minutos.

2. Se tuvo la documentación completa y firmada por los trabajadores, se procedió a la recolección de la información. Para este proceso se contó con 2 etapas:

- 2.1. Revisión de historias clínicas: En esta etapa se entregó las cartas de solicitud de historias clínicas a las diferentes EPS con la verificación del estado de aprobación con el apoyo del listado del marco muestral brindado anteriormente por la empresa. Se revisó las historias clínicas y se tuvo como información relevante los diagnósticos de los últimos diez años a partir de esta fecha, para los participantes que ingresaron con posterioridad se tuvo en cuenta la información desde el ingreso a la empresa. Para la verificación, se organizó

una base de datos donde se registró la información, lo que permitió realizar procesos de tabulación, sistematización y análisis.

Se tomó la morbilidad durante el periodo de estudio con el propósito de captar enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades producidas por factores ambientales y otras enfermedades que pudieran ser endémicas en la región de influencia de la empresa. Si de ellas se reportan un solo caso o se analizan de manera separada, no sería relevante. Pero si, por el contrario, en un periodo de tiempo esa enfermedad se evidencia en varios casos, podría dar lugar a un evento epidemiológico de interés para la población estudiada.

El formato que se utilizó para consignar la información fue el siguiente:

Número de cédula	Código asignado en el estudio	Fecha de consulta del Diagnostico	Diagnóstico s	Código CIE10
---------------------	-------------------------------------	---	------------------	-----------------

2.2. Encuesta de Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Se convocó a la población participante con el apoyo de las dependencias administrativas del sindicato. En dicha reunión se aplicó el instrumento SF36. Una vez recogida la información se ingresó los datos en una rejilla de análisis para efectuar el proceso tabulación, sistematización y análisis. El análisis general de los resultados se realizó a través de la consolidación de la información, el análisis global de ésta para posteriormente, emitir los resultados

5.6 Plan de Análisis

En una primera etapa se realizó la creación de una base de datos con la información recolectada, en el paquete SPSS versión 24. La siguiente fue un análisis exploratorio para evaluar la calidad de la información recolectada y digitada y poder minimizar errores de transcripción de datos, datos extremos, etc.

Posteriormente, se realizó un análisis univariado en el cual se determinó la frecuencia de las variables cualitativas, y para las variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central tales como media, mediana, desviación estándar y varianzas de las frecuencias acumuladas de cada variable evaluada. Se procedió a la creación de una variable de puntuación total por cada dominio, bajo los rangos establecidos se procedió a la clasificación del estado en el que se encuentra cada dominio para el individuo en una escala ordinal de 5 categorías.

Seguido se realizó el análisis bivariado, se tuvo como variable dependiente las dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud-CVRS (SF36) y los diagnósticos médicos. Como variables independientes se consideró las variables de carácter sociodemográfico. Para la segunda etapa se realizó análisis bivariado teniendo como variable dependiente las dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud-CVRS (SF36) y los diagnósticos médicos. Como variables independientes se consideró las variables de carácter sociodemográfico. Para este el análisis de la calidad de vida relacionada con la salud con las demás variables sociodemográficas, los resultados de la encuesta se agruparon en mala y regular en un grupo de mala percepción de calidad de vida y buena, muy buena y excelente en otro grupo de buena percepción de calidad de vida

Se aplicó las pruebas estadísticas de acuerdo a la distribución de los datos paramétrica o no paramétrica mediante la utilización del programa Statistical Package for the Social Sciences-SPSS. Se usó la prueba de chi cuadrado y prueba de significancia probabilística p. a un nivel de 0.05. para establecer el nivel de relación de cada variable recogida al interior de las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Historia Clínica y Aspectos sociodemográficos. Finalmente se presentó los resultados a través de diagramas de barras, tortas, box plot y tablas de frecuencias de acuerdo a los estadígrafos correspondientes.

6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los lineamientos éticos que se tuvo en consideración para este estudio, se encuentran contemplados en la Resolución No. 008430 de 1993 en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Conforme al artículo 11 de dicha resolución, la investigación que se propuso se categoriza como investigación con riesgo mínimo pues emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos que se basó en información almacenada en archivo de las historias clínicas y en la aplicación del instrumento Calidad de Vida Relacionada con la Salud, no se realizó ninguna intervención que modifique de manera intencional las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Dada a la naturaleza de la información que se manejó, se consideró la confidencialidad de los datos recolectados, de manera que la única persona que supo quienes participaron en el estudio fue la investigadora principal. No se divulgó ninguna información sobre las personas que participaron, ni la proporcionada en la historia clínica y la encuesta de Calidad de Vida relacionada con la Salud. El nombre de los participantes no fue registrado y para tal efecto cada persona se identificó con un código numérico que solo conoció la investigadora principal. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar la identidad de los participantes.

Es importante resaltar que el estudio fue completamente voluntario y fue explicado de manera clara y completa respecto a las implicaciones en la participación de la población con apoyo del consentimiento informado y se tuvo las contingencias necesarias en materia de custodia de la información tal como lo demanda la ley 1581 de 2012 respecto a la protección de datos personales en el territorio de Colombia.(50)

La Ley 1581 de 2012 constituye el marco general de la protección de los datos personales en Colombia, y con el fin de facilitar la implementación y cumplimiento de esta el Decreto 1377 de 2013 en el Artículo 5. Autorización. El Responsable del Tratamiento deberá adoptar procedimientos para solicitar, a más tardar en el momento de la recolección de sus datos, la autorización del Titular para el Tratamiento de los mismos e informarle los datos personales que serán recolectados así como todas las finalidades específicas del Tratamiento para las cuales se obtiene el consentimiento.(51)

Cada uno de los trabajadores firmó el consentimiento informado antes de diligenciar el cuestionario SF-36 y al entregar las Historias Clínicas generales.

La participación de los trabajadores en el estudio se realizó de manera voluntaria y autónoma, se llevó a cabo una reunión convocada por la organización sindical para explicarles a los trabajadores adscritos los objetivos y metodología del estudio.

La sede de la Organización Sindical ubicada en el municipio de Dosquebradas (Risaralda), previo análisis de la propuesta del grupo investigador aprobó la realización del estudio.

7 RESULTADOS

7.1 Características Sociodemográficas

Al caracterizar los factores sociodemográficos de la población en estudio se logró evidenciar que la distribución según el género fue mayor para el masculino con un 68,6% y mientras que la población femenina fue menor con un 31,4%. Con relación a la edad, la edad media de la muestra es de 41,5 años [Desviación Estándar (DE): 9,2], la edad mínima fue 21 años y la máxima 61 años, con mayor población en un rango de edad entre los 40 y 50 años con un 56,9%.

El estado civil predominante en la población fue casado con una 42,2%, seguido de unión libre y soltero, con un 28,4% y 21,6% respectivamente; y en menor proporción divorciado (4,9%) y viudo (2%). En cuanto al nivel educativo se encontró que el alcanzado en su mayoría fue Básica secundaria con un 50%, la formación técnica y tecnológica tuvieron un 22,5% y 19,6% cada una, y solo un 7,8% de la población alcanzó el nivel universitario. El lugar de residencia de gran parte de la población es Dosquebradas con un 53,9%, el 46,1% restante reside en los municipios aledaños como Pereira con un 21,6% y Santa Rosa de Cabal con un 24,5%. (Tabla 1 Variables Sociodemográficas)

La sección donde laboran las personas con mayor representación es fue galletería con un 48%, seguido por chocolatería con una 11,8%, en menor proporción trabajos auxiliares

(7,8%), línea wafer (7,8%), técnicos (5,9%), bodega (3,9%), laminación (3,9%), producción (3,9%), y solo unos pocos en aplicaciones tecnológicas (1%), calidad (1%), empaque (2%) y mantenimiento (2%). El promedio de años laborados en la empresa es de 16,4 (DE: 8,96), el tiempo mínimo laborando fue de 1 año y el máximo 40 años donde el 46,1% de la población lleva más de 20 años en la empresa. (Tabla 2 Perfil Ocupacional)

Tabla 1 *Perfil Sociodemográfico*

Variables sociodemograficas		No.	%	IC 95%
Sexo				
	Femenino	32	31,4	(22.5-41.3)
	Masculino	70	68,6	(58.7-77.5)
Edad				
	Promedio	41,5		(39.7- 43.3)
	Desviación Estándar	9,2		
Estado civil				
	Casado	43	42,2	(32.4-52.3)
	Divorciado	5	4,9	(1.61-11.1)
	Soltero	22	21,6	(14.0-30.8)
	Unión Libre	29	28,4	(19.9-38.2)
	Viudo	2	2,0	(0.23-6.90)
Grado Escolaridad				
	Secundaria	51	50	(39.9-60.0)
	Técnica	23	22,5	(14.8-31.8)
	Tecnológica	20	19,6	(12.4-28.6)
	Universitaria	8	7,8	(3.44-14.8)
Municipio de residencia				
	Dosquebradas	55	53,9	(43.7-63.8)
	Pereira	22	21,6	(14.0-30.8)
	Santa Rosa	25	24,5	(16.5-34.0)
TOTAL		102	100	

Los cargos que ocupan los trabajadores predomina el auxiliar de empaque con un 35,3%, seguidos de operarios con un 19,6%, Auxiliar de mezclas con 8,8% y auxiliar de laminación 7,8%, en menor proporción se encontraron mecánicos (5,9%), facilitadores (4,9), horneros (2,9%), auxiliares de bodega (2,9%), auxiliar de producción (2,9%), auxiliar

administrativo (2%), almacén (1%), auxiliar de almacén (1%), auxiliar de calidad (1%), auxiliar cubridor (1%), auxiliar de etiquetas (1%), y pesador dosimetría (1%). El tiempo de permanencia en el cargo tiene una media de 9,47 años (DE: 7,4), el tiempo mínimo en el cargo fue menos de 1 año y el máximo 38 años. (Tabla 3 Perfil Ocupacional)

Tabla 2 *Perfil Ocupacional*

Perfil Ocupacional	No.	%	IC 95%
Sección donde labora			
Aplicaciones Tecnològicas	1	1,0	(0.02-5.34)
Bodega	4	3,9	(1.07-9.73)
Calidad	1	1,0	(0.02-5.34)
Chocolateria	12	11,8	(6.22-19.6)
Empaque	2	2,0	(0.23-6.90)
Galleteria	49	48,0	(38.0-58.1)
Laminaciòn	4	3,9	(1.07-9.73)
Línea Wafer	8	7,8	(3.44-14.8)
Mantenimiento	2	2,0	(0.23-6.90)
Producciòn	4	3,9	(1.07-9.73)
Tècnico	6	5,9	(2.18-12.3)
Trabajos Auxiliares	8	7,8	(3.44-14.8)
Años en la empresa			
Promedio	16,41		(14.6-18.1)
Desviación estándar	8,96		
TOTAL	102	100	

Tabla 3 *Continuación perfil ocupacional*

Variables Ocupacionales	No.	%	IC 95%
Cargo			
Almacèn	1	1,0	(0.02-5.34)
Aux. Admon	2	2,0	(0.23-6.90)
Aux. Almacèn	1	1,0	(0.02-5.34)
Aux. Bodega	3	2,9	(0.61-8.35)
Aux. Calidad	1	1,0	(0.02-5.34)
Aux. Cubridor	1	1,0	(0.02-5.34)
Aux. Empaque	36	35,3	(26.0-45.3)
Aux. Etiquetas	1	1,0	(0.02-5.34)
Aux. Laminaciòn	8	7,8	(3.44-14.8)
Aux. Mezclas	9	8,8	(4.11-16.0)
Aux. Producciòn	3	2,9	(0.61-8.35)
Facilitador	5	4,9	(1.61-11.0)
Hornero	3	2,9	(0.61-8.35)
Mecànico	6	5,9	(2.18-12.3)
Oper. Màquina	20	19,6	(4.80-17.2)
Pesador Dosimetria	1	1,0	(4.80-17.2)
Años en el cargo			
Promedio	9,47		(8.01-10.9)
Desviación estándar	7,4		
TOTAL	102	100	

7.2 Calidad de Vida actual Relacionada con la Salud de los trabajadores.

La salud percibida por los trabajadores en el Componente Salud Física (CSF) muestra que el 39,2% (IC 95% 29.6 – 49.3) y 28,4% (IC 95% 19.9 – 38.2) de la población lleva acabo todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas sin limitación alguna debido a su salud calificando la Función Física como “Excelente” y “Muy buena”, respectivamente; en contraste con un 2,9% (IC 95% 0.61 – 8.35) que se considera muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas. Más de la mitad de la muestra tiene pocos o ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física al calificar en mayor proporción el Rol Físico como “Muy Bueno” (49%, IC 95% 38.9 – 59.1) y “Excelente” (13,7%, IC 95% 7.71 – 21.9). El 98% de la población participante presenta algún tipo de Dolor Corporal y se siente limitado debido a éste y solo un 2% (IC 95% 0.23-6.90) presenta ningún dolor o limitación al calificar este dominio como “Excelente”. El dominio de Salud General tuvo una calificación mayor en “Buena” (41,2%) (IC 95% 31.5 – 51.3) y “Regular” (42,2%) (IC 95% 32.4 – 52.3) en la propia salud de los trabajadores. (Tabla 4 Componentes de Salud Cuestionario SF – 36)

En el Componente de Salud Emocional (CSE), el 50% (IC 95% 39,9 – 60) de los trabajadores sienten “Buena” energía y dinamismo todo el tiempo y el 2,9% (IC 95% 0,61 – 8.35) se siente cansado y exhausto en el dominio Vitalidad. La mayoría de la población lleva acabo las actividades sociales normales sin ninguna o poca interferencia debido a problemas físicos o emocionales (Excelente 19,6%, IC 95% 12.4 – 28.6; y Muy buena 29,4%, IC 95% 20.8 – 39.2) pero el 2,9% (IC 95% 0,61 – 8.35) tiene interferencia extrema

y muy frecuente con las actividades sociales, de acuerdo a lo calificado en el dominio Función Social. El dominio Rol emocional, el 74,5% (IC 95% 64.9 – 82.6) presenta ningún problema en el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales con una calificación de “Excelente”. El 44,1% (IC 95% 34.2 – 54.2) de la muestra siente “buena” felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo en el dominio de Salud Mental, y un 2,9% (IC 95% 0.61 – 8.35) siente angustia y depresión todo el tiempo. (Tabla 4 Componentes de Salud Cuestionario SF – 36)

Tabla 4 *Componentes de Salud cuestionario SF-36*

SF - 36 CSF	No.	%	IC 95%	SF - 36 CSM	No.	%	IC 95%
Función Física				Vitalidad			
Excelente	40	39,2	(29.6-49.3)	Excelente	4	3,9	(1.07-9.73)
Muy Buena	29	28,4	(19.9-38.2)	Muy Buena	15	14,7	(8.47-23.0)
Buena	18	17,6	(10.8-26.4)	Buena	51	50,0	(39.9-60.0)
Regular	12	11,8	(6.22-19.6)	Regular	29	28,4	(19.9-38.2)
Mala	3	2,9	(0.61-8.35)	Mala	3	2,9	(0.61-8.35)
Rol Físico				Función Social			
Excelente	14	13,7	(7.71-21.9)	Excelente	20	19,6	(12.4-28.6)
Muy Buena	50	49,0	(38.9-59.1)	Muy Buena	30	29,4	(20.8-39.2)
Buena	11	11,8	(6.22-19.6)	Buena	25	24,5	(16.5-34.0)
Regular	29	18,6	(11.6-27.5)	Regular	22	21,6	(14.0-30.8)
Mala	7	6,9	(2.80-13.6)	Mala	3	2,9	(0.61-8.35)
Dolor Corporal				Rol Emocional			
Excelente	2	2,0	(0.23-6.90)	Excelente	76	74,5	(64.9-82.6)
Muy Buena	19	18,6	(11.6-27.5)	Muy Buena	0	0,0	0
Buena	55	53,9	(43.7-63.8)	Buena	3	2,9	(0.61-8.35)
Regular	23	22,5	(14.8-31.8)	Regular	8	7,8	(3.44-14.8)
Mala	3	2,9	(0.61-8.35)	Mala	14	13,7	(7.71-21.9)
Salud General				Salud Mental			
Excelente	3	2,9	(0.61-8.35)	Excelente	7	6,9	(2.80-13.6)
Muy Buena	12	11,8	(6.22-19.6)	Muy Buena	21	20,6	(13.2-29.7)
Buena	42	41,2	(31.5-51.3)	Buena	45	44,1	(34.2-54.2)
Regular	43	42,2	(32.4-52.3)	Regular	26	25,5	(17.3-35.0)
Mala	2	2,0	(0.23-6.90)	Mala	3	2,9	(0.61-8.35)
TOTAL	102	100		TOTAL	102	100	

Las puntuaciones totales individuales del Cuestionario SF-36 se obtuvieron de las medias obtenidas en cada dominio por trabajador, ordenando los puntajes de 0 a 100 en la escala de excelente, muy buena, buena, regular y mala de acuerdo al total obtenido para cada persona. Del total de la población, 80 personas perciben su salud como buena al obtener puntajes que los calificaron como excelente (0%), muy buena (39,2%) (IC 95% 29.7 – 49.4) y buena (39.2%) (IC 95% 29.7 – 49.4); y los 21 participantes restantes perciben su salud como mala al obtener puntajes que los calificaron como regular (19,6%) (IC 95% 12.4 – 28.6) y mala (1,96%) (IC 95% 0.23 – 6.90). (Tabla 5 Puntajes totales Cuestionario SF - 36)

Tabla 5 *Puntajes totales cuestionario SF- 36*

	CSF		CSM		Total CVRS		
	No.	%	No.	%	No.	%	IC 95%
Excelente	0	0,0	2	2,0	0	0	
Muy buena	36	35,3	41	40,2	40	39,2	(29,7-49,4)
Buena	44	43,1	33	32,4	40	39,2	(29,7-49,4)
Regular	21	20,6	23	22,5	20	19,6	(12,4-28,6)
Mala	1	1,0	3	2,9	2	1,96	(0,23-6,90)
TOTAL					102	100	

Discriminado por género, en el componente de salud física, en la escala Función Física el porcentaje de respuesta más alto fue “Excelente” (47,1%, IC 95% 35.0 – 59.4) para los hombres y “Muy buena” (34,4%, IC 95% 18.5 – 53.1) para las mujeres. En el Rol Físico, ambos géneros tuvieron el mayor porcentaje de respuesta en la clasificación “muy Buena” 54,3% (IC 95% 41.9 – 66.2) para los hombres y 37,5% (IC 95% 21.1 – 56.3) para las

mujeres), al igual que en el dominio Dolor Corporal donde la respuesta con mayor porcentaje fue “Buena” con 54,3% (IC 95% 41.9 – 66.2) en los hombres y 53,1% (IC 95% 34.7 – 70.9) en mujeres. A diferencia en la Salud General, los hombres perciben mejor su salud que las mujeres teniendo como respuestas con mayor porcentaje “Buena” 50% (IC 95% 37.8 – 62.1) para ellos y “Regular” 62.5% (IC 95% 43.6 – 78.9) para ellas. (Tabla 6 Componente Salud Física por Género)

Discriminado por género, en el componente de salud emocional, la vitalidad tuvo una proporción mayor en la calificación de “Buena” para ambos géneros con 52,9% (IC 95% 40.5 – 64.9) para los hombres y 43,8% (IC 95% 26.7 – 62.3) en las mujeres. El dominio función social también presenta diferencia en la percepción de ésta para ellos y ellas, la respuesta con más porcentaje obtenido en los hombres fue “Muy buena” 32,9% (IC 95% 22.0 – 45.1) y “Bueno” 37,5% (IC 95% 21.1 – 56.3) en las mujeres. El Rol Emocional en ambos géneros tuvieron el mayor porcentaje de respuesta en la clasificación “Excelente” 81,4% (IC 95% 70.3 – 89.7) para los hombres y 59,4% (IC 95% 40.6 – 76.3) para las mujeres; al igual que en el dominio Salud Mental donde la respuesta con mayor porcentaje fue “Buena” con 42,9% (IC 95% 31.0 – 55.2) en los hombres y 46,9% (IC 95% 29.0 – 65.2) en mujeres. (Tabla 7 Componente Salud Mental por Género)

Tabla 6 Componente Salud Física por Género

SF-36 CSF Mujeres	No.	%	IC 95%	SF-36 CSF Hombres	No.	%	IC 95%
Función Física				Función Física			
Excelente	7	21,9	(9.27-39.9)	Excelente	33	47,1	(35.0-59.4)
Muy Buena	11	34,4	(18.5-53.1)	Muy Buena	18	25,7	(16.0-37.5)
Buena	6	18,8	(7.20-36.4)	Buena	12	17,1	(9.18-28.0)
Regular	6	18,8	(7.20-36.4)	Regular	6	8,57	(3.21-17.7)
Mala	2	6,25	(0.76-20.8)	Mala	1	1,43	(0.03-7.70)
Rol Físico				Rol Físico			
Excelente	2	6,25	(0.76-20.8)	Excelente	12	17,1	(9.18-28.0)
Muy Buena	12	37,5	(21.1-56.3)	Muy Buena	38	54,3	(41.9-66.2)
Buena	5	15,6	(5.27-32.7)	Buena	7	10	(4.11-19.5)
Regular	10	31,3	(16.1-50.0)	Regular	9	12,9	(6.05-23.0)
Mala	3	9,38	(1.97-25.0)	Mala	4	5,71	(1.57-13.9)
Dolor Corporal				Dolor Corporal			
Excelente	0	0	(0.0-0.0)	Excelente	2	2,86	(0.34-9.94)
Muy Buena	2	6,25	(0.76-20.8)	Muy Buena	17	24,3	(14.8-36.0)
Buena	17	53,1	(34.7-70.9)	Buena	38	54,3	(41.9-66.2)
Regular	10	31,3	(16.1-50.0)	Regular	13	18,6	(10.2-29.6)
Mala	3	9,38	(1.97-25.0)	Mala	0	0	(0.0-0.0)
Salud General				Salud General			
Excelente	1	3,13	(0.07-16.2)	Excelente	2	2,86	(0.34-9.94)
Muy Buena	3	9,38	(1.97-25.0)	Muy Buena	9	12,9	(6.05-23.0)
Buena	7	21,9	(9.27-39.9)	Buena	35	50	(37.8-62.1)
Regular	20	62,5	(43.6-78.9)	Regular	23	32,9	(22.0-45.1)
Mala	1	3,13	(0.07-16.2)	Mala	1	1,43	(0.03-7.70)
TOTAL	32	100		TOTAL	70	100	

Tabla 7 *Componente Salud Mental por Género*

SF-36 CSE Mujeres	No.	%	IC 95%	SF-36 CSE Hombres	No.	%	IC 95%
Vitalidad				Vitalidad			
Excelente	1	3,13	(0.07-16.2)	Excelente	3	4,29	(0.89-12.0)
Muy Buena	2	6,25	(0.76-20.8)	Muy Buena	13	18,6	(10.2-29.6)
Buena	14	43,8	(26.3-62.3)	Buena	37	52,9	(40.5-64.9)
Regular	12	37,5	(21.1-56.3)	Regular	17	24,3	(14.8-36.0)
Mala	3	9,38	(1.97-25.0)	Mala	0	0	(0.0-0.0)
Función Social				Función Social			
Excelente	2	6,25	(0.76-20.8)	Excelente	18	25,7	(16.0-37.5)
Muy Buena	7	21,9	(9.27-39.9)	Muy Buena	23	32,9	(22.0-45.1)
Buena	12	37,5	(21.1-56.3)	Buena	13	18,6	(10.2-29.6)
Regular	6	18,8	(7.20-36.4)	Regular	16	22,9	(13.6-34.4)
Mala	5	15,6	(5.27-32.7)	Mala	0	0	(0.0-0.0)
Rol Emocional				Rol Emocional			
Excelente	19	59,4	(40.6-76.3)	Excelente	57	81,4	(70.3-89.7)
Muy Buena	0	0	(0.0-0.0)	Muy Buena	0	0	(0.0-0.0)
Buena	1	3,13	(0.07-16.2)	Buena	2	2,86	(0.34-9.94)
Regular	3	9,38	(1.97-25.0)	Regular	5	7,14	(2.36-15.8)
Mala	9	28,1	(13.7-46.7)	Mala	6	8,57	(3.21-17.7)
Salud Mental				Salud Mental			
Excelente	0	0	(0.0-0.0)	Excelente	7	10	(4.11-19.5)
Muy Buena	3	9,38	(1.97-25.0)	Muy Buena	18	25,7	(16.0-37.5)
Buena	15	46,9	(29.0-65.2)	Buena	30	42,9	(31.0-55.2)
Regular	11	34,4	(18.5-53.1)	Regular	15	21,4	(12.5-32.8)
Mala	3	9,38	(1.97-25.0)	Mala	0	0	(0.0-0.0)
TOTAL	32	100		TOTAL	70	100	

En los puntajes generales por género, se encontró que 34,4% de las mujeres tienen una percepción de regular de su salud, en contraste con los hombres que solo 12,9% de ellos percibe su salud como regular. 37,5% de las mujeres percibe su salud como buena, siendo esta la calificación la de mayor porcentaje en las mujeres. 47,1% de los hombres perciben

su salud como muy buena, siendo esta la calificación con mayor puntaje para ellos. En general, los hombres tienen mejor percepción de salud que las mujeres. Las mujeres se ven afectadas desde los componentes físico y mental, y se ve reflejado en la puntuación general. (Tabla 8 Calidad de Vida Relacionada con la Salud por Género)

Tabla 8 *Calidad de Vida Relacionada con la Salud por Género*

Sexo	Calidad de Vida Relacionada con la Salud por Genero									
	Mala		Regular		Buena		Muy Buena		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	2	6,3	11	34,4	12	37,5	7	21,9	32	100
Masculino	0	0,0	9	12,9	28	40,0	33	47,1	70	100
Total	2	2,0	20	19,6	40	39,2	40	39,2	102	100

Discriminando por el cargo, se encontró que en el componente de salud física 12,7% de los auxiliares de empaque califican la salud como muy buena, 13,7% como buena y 8,8% restante están en el grupo de regular y mala percepción de su salud. Para los operarios de máquinas, 5,9% de ellos calificaron su salud como muy buena, 9,8% como buena y 3,9% como regular. En general, 35,3% de los trabajadores según el cargo que desarrollan calificaron la salud como muy buena, 43,1% como buena y 21,6% están entre regular y mala. (Tabla 9 Componente Salud Física por Cargo)

Tabla 9 *Componente de Salud física por cargo*

Cargo	Componente Salud Física									
	Mala		Regular		Buena		Muy Buena		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Almacèn	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Aux. Admon	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0	2	2,0
Aux. Almacèn	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0
Aux. Bodega	0	0,0	0	0,0	1	1,0	2	2,0	3	2,9
Aux. Calidad	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Aux. Cubridor	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0
Aux. Empaque	1	1,0	8	7,8	14	13,7	13	12,7	36	35,3
Aux. Etiquetas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0
Aux. Laminaciòn	0	0,0	1	1,0	4	3,9	3	2,9	8	7,8
Aux. Mezclas	0	0,0	3	2,9	3	2,9	3	2,9	9	8,8
Aux. Producciòn	0	0,0	0	0,0	2	2,0	1	1,0	3	2,9
Facilitador	0	0,0	2	2,0	1	1,0	2	2,0	5	4,9
Hornero	0	0,0	0	0,0	3	2,9	0	0,0	3	2,9
Mecànico	0	0,0	0	0,0	3	2,9	3	2,9	6	5,9
Oper. Màquina	0	0,0	4	3,9	10	9,8	6	5,9	20	19,6
Pesador Dosimetria	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0
Total	1	1,0	21	20,6	44	43,1	36	35,3	102	100

Discriminado por el cargo, se encontró que en el componente de salud mental el 14,7% de los auxiliares de empaque califican la salud como muy buena, el 9,8% como buena y el 10,8% restante están en el grupo de regular y mala percepción de su salud. Para los operarios de máquinas, el 1% califica su salud mental como excelente, el 6,9% de ellos calificaron su salud como muy buena, el 3,9% como buena y el 7,9% como regular y mala. En general, el 2% de los trabajadores según el cargo calificó su salud mental como excelente, el 40,2% como muy buena, el 32,4% como buena y el 25,4% están entre regular y mala. (Tabla 10. Componente Salud Mental por Cargo)

Tabla 10 *Componente de Salud mental por cargo*

Cargo	Componente Salud Mental											
	Mala		Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Almacèn	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Aux. Admon	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Aux. Almacèn	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Aux. Bodega	0	0,0	1	1,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	3	2,9
Aux. Calidad	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Aux. Cubridor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0
Aux. Empaque	2	2,0	9	8,8	10	9,8	15	14,7	0	0,0	36	35,3
Aux. Etiquetas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0
Aux. Laminaciòn	0	0,0	1	1,0	2	2,0	5	4,9	0	0,0	8	7,8
Aux. Mezclas	0	0,0	2	2,0	3	2,9	3	2,9	1	1,0	9	8,8
Aux. Producciòn	0	0,0	0	0,0	3	2,9	0	0,0	0	0,0	3	2,9
Facilitador	0	0,0	2	2,0	1	1,0	2	2,0	0	0,0	5	4,9
Hornero	0	0,0	0	0,0	2	2,0	1	1,0	0	0,0	3	2,9
Mecànico	0	0,0	0	0,0	2	2,0	4	3,9	0	0,0	6	5,9
Oper. Màquina	1	1,0	7	6,9	4	3,9	7	6,9	1	1,0	20	19,6
Pesador Dosimetria	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Total	3	2,9	23	22,5	33	32,4	41	40,2	2,0	2,0	102	100

Al realizar el análisis bivariado entre la variable Calidad de Vida Relacionada con la Salud y las variables sociodemográficas a través de la prueba chi-cuadrado, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la calidad de vida relacionada con la salud con un p-valor 0,004; y el estado civil y la calidad de vida relacionada con la salud con un p-valor 0,000. (Tabla 11 Calidad de Vida Relacionada con la Salud Vs Variables Sociodemográficas)

Tabla 11 *Calidad de Vida Relacionada con la Salud Vs Variables Sociodemográficas*

Variables		Calidad de Vida Relacionada con la Salud				Prueba	p - Valor
Sociodemograficas		Mala	Regular	Buena	Muy Buena		
Sexo							
	Femenino	2	11	12	7	chi-cuadrado	0,004
	Masculino	0	9	28	33		
Estado Civil							
	Casado	0	10	19	14	chi-cuadrado	0,000
	Divorciado	2	2	1	0		
	Soltero	0	5	10	8		
	Union Libre	0	2	10	17		
	Viudo	0	1	0	1		
Grado de Escolaridad							
	Secundaria	2	13	16	20	chi-cuadrado	0,477
	Técnica	0	2	11	10		
	Tecnológica	0	5	9	6		
	Universitaria	0	0	4	4		
Municipio de Residencia							
	Dosquebradas	2	12	19	22	chi-cuadrado	0,838
	Pereira	0	4	10	8		
	Santa Rosa	0	4	11	10		

Para el análisis bivariado de la calidad de vida relacionada con la salud con las demás variables sociodemográficas, los resultados de la encuesta se agruparon en mala y regular en un grupo de mala percepción de calidad de vida y buena, muy buena y excelente en otro grupo de buena percepción de calidad de vida.

Con relación a la edad de la población con la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la figura 7, se puede observar que no hay una diferencia significativa en las medianas de las edades en cada grupo de calidad de vida por medio de la prueba estadística de Mann Whitney, $p - \text{Valor} = 0,514$. De aquí podemos decir que entre la edad y la percepción de la calidad de vida de la población no existe relación

estadísticamente significativa. Sin embargo, al realizar una comparación se encuentra que hay más datos extremos en la mala percepción de calidad de vida lo que demuestra que hay 3 personas en este grupo cuyas edades oscilan entre 20 y 30 años.

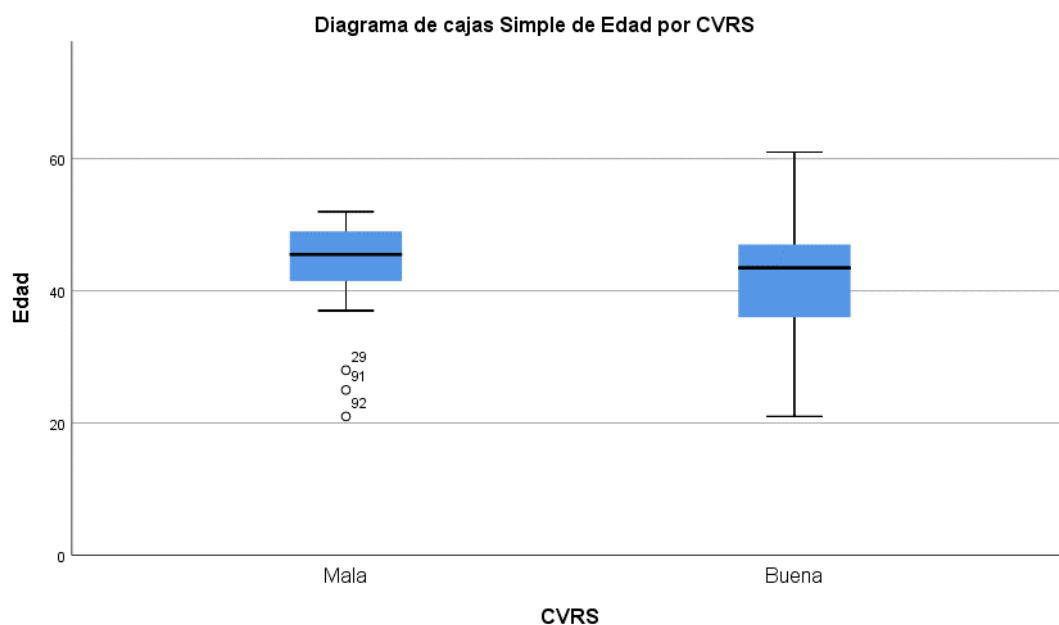


Figura 7 Diagrama de cajas Edad por Calidad de vida relacionada con la salud

En la variable antigüedad en la empresa y la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la figura 8, se puede observar que al hacer una comparación hay una diferencia no significativa en las medianas de los años laborados en la empresa en cada grupo de calidad de vida por medio de la prueba estadística de Mann Whitney, p -Valor = 0.959. Adicionalmente, se observa una distribución más simétrica de los datos y menor variación en el grupo de mala percepción de calidad de vida.

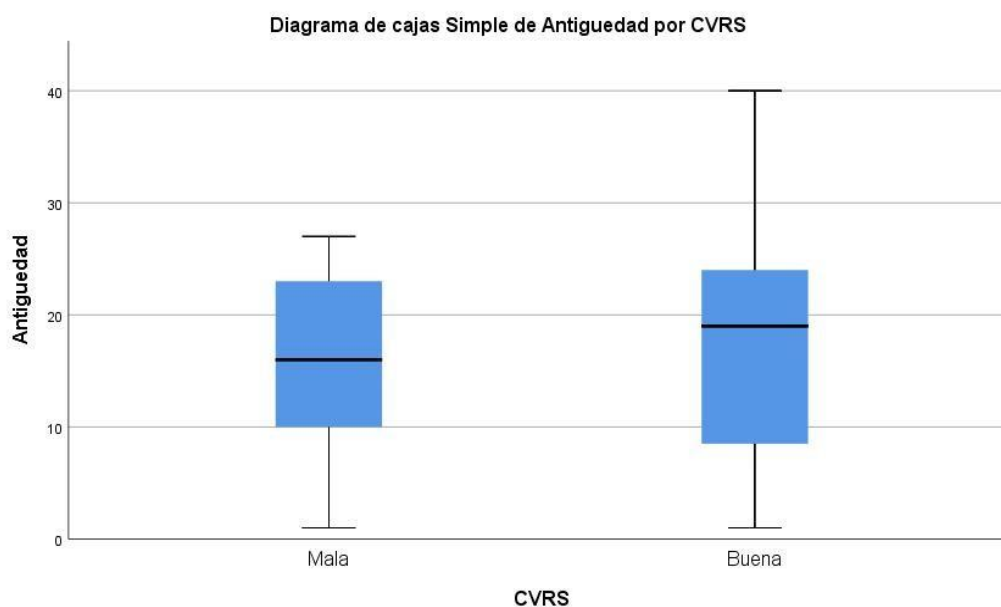


Figura 8 Diagrama de cajas Antigüedad por Calidad de vida relacionada con la salud

En cuanto a los años en el cargo con relación a la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la figura 9, al comparar se puede observar que hay una diferencia no significativa en las medias de los años en el cargo en cada grupo de calidad de vida por medio de la prueba estadística de Mann Whitney, $p - \text{Valor} = 0.485$. También se observa un dato extremo y una distribución más simétrica de los datos en el grupo de buena percepción de calidad de vida.

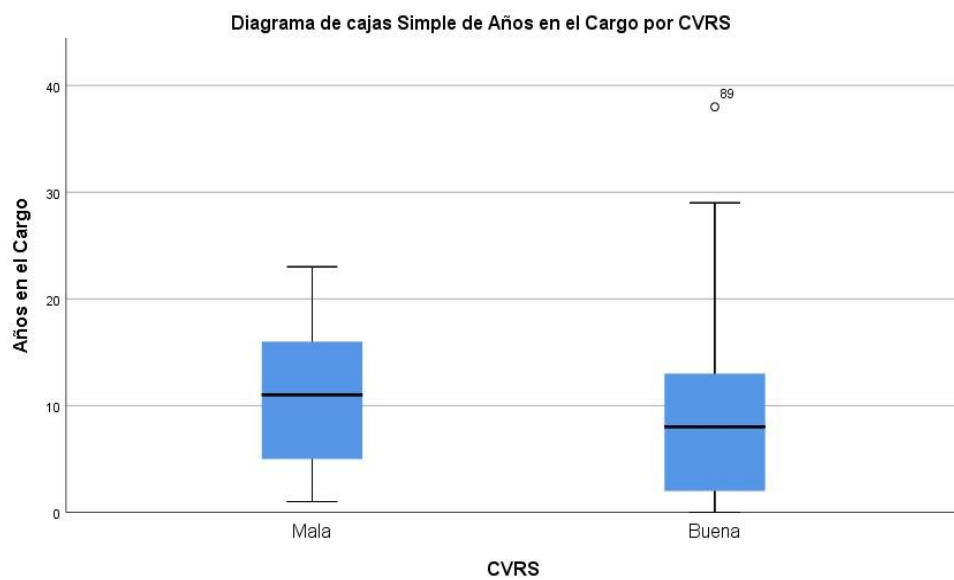


Figura 9 Diagrama de cajas Años en el cargo por Calidad de vida relacionada con la salud

7.3 La prevalencia de la morbilidad en la población

A continuación, se presenta el análisis descriptivo de la información recolectada de las historias clínicas de los trabajadores participantes del estudio desde el año 2010 hasta el año 2018 en las diferentes empresas promotoras de salud (EPS). La morbilidad se establece con base en los diagnósticos médicos de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) obtenidos en la revisión. Se siguió el orden de la CIE-10 y de esa manera se realizó la discriminación por género y por año. Además, se analizó información sobre el número de consultas e incapacidades generadas en cada uno de los años.

El número total de consultas de los trabajadores entre los años 2010-2018 fue de 2.465 de las cuales 2.069 (83,9%) fueron consulta médica general, 384 (15,6%) fueron consulta médica especializada y 12 (0,49%) correspondieron a consulta por pequeña cirugía. Del total de las consultas, el 67,4% no generaron incapacidad médica, el 25,4% corresponden a incapacidades de 1-3 días, el 3% a incapacidades de 4-7 días, el 2% a incapacidades entre 8-15 días, el 1,9% a incapacidades entre 16–30 días y 0,3% a incapacidades mayores a 31 días.

En el año 2010, las consultas totales fueron 187 de las cuales 109 correspondieron a los hombres y 78 a las mujeres, el 54,5% de éstas no generó incapacidad médica, el 41,7% generaron incapacidades de 1-3 días, el 3,2% incapacidades de 4-7 días y el 0,5% incapacidades entre 16-30 días. La tasa del número de consultas/población para el año 2010 fue de 1,88/100 trabajadores.

En el año siguiente, el número de consultas fue de 191, de las cuales 93 fueron generadas por mujeres y 98 por hombres y se obtuvo una tasa de consultas para el 2011 de 1,87/100 trabajadores. El 52,4% de las consultas no generaron incapacidad, el 39,8% incapacidades entre 1-3 días, el 4,2% incapacidades entre 4-7 días, el 0,53% incapacidades entre 8-15 días, el 2,6% incapacidades entre 16-30 días y el 0,53% incapacidades mayores a 31 días.

El año 2012 tuvo un incremento en la tasa de consultas del 2,22/100 trabajadores, el número de consultas fue de 226 y quienes más consultaron para este año fueron las mujeres con 124 consultas y los hombres tuvieron 102 consultas. Las incapacidades para este año se distribuyeron: el 59,7% de las consultas no generaron incapacidad, el 30,5% fueron incapacidades de 1-3 días, el 2,2% incapacidades de 4-7 días, 1,8% incapacidades de 8-15 días, el 4,9% incapacidades de 16 a 30 días y el 0,9% incapacidades mayores a 31 días.

Para el 2013, el número total de consultas fue de 199 con una tasa de 1,95/100 trabajadores para este año. Las mujeres tuvieron 112 consultas y los hombres 87. El 54,8% de las consultas para este año no generaron incapacidad, el 30,7% tuvieron incapacidad de 1-3 días, el 5% incapacidades de 4-7 días, el 4% incapacidades de 8-15 días, 4% incapacidades de 16-30 días y el 1,5% incapacidades mayores de 31 días.

En el 2014, la tasa de consultas fue de 2,86/100 trabajadores. El número de consultas para este año fue 292, los hombres tuvieron 160 y 132 las mujeres, el 72,6% no generaron incapacidad médica, el 22,9% fueron incapacidades de 1-3 días, el 1,7% incapacidades de 4-7 días, el 2,4% incapacidades de 8-15 días y el 0,3% incapacidades de 16-30 días.

Siguiendo con el 2015, el número total de consultas fue de 371 con una tasa de 3,63/100 trabajadores para este año. Las mujeres tuvieron 131 consultas y los hombres 240. El

74,7% de las consultas para este año no generaron incapacidad, el 17,5% tuvieron incapacidad de 1-3 días, el 3,8% incapacidades de 4-7 días, el 1,1% incapacidades de 8-15 días, 2,7% incapacidades de 16-30 días y el 0,3% incapacidades mayores de 31 días.

El número de consultas fue de 349/100 trabajadores para el 2016, de las cuales 191 fueron generadas por hombres y 158 por mujeres y se obtuvo una tasa de consultas para de 3,42. El 68,8% de las consultas no generaron incapacidad, el 22% incapacidades entre 1-3 días, el 4,3% incapacidades entre 4-7 días, el 2,9% incapacidades entre 8-15 días, el 1,7% incapacidades entre 16-30 días y el 0,3% incapacidades mayores a 31 días.

En el año 2017, las consultas totales fueron 286 de las cuales 156 fueron de los hombres y 130 de mujeres, el 74,1% de éstas no genero incapacidad médica, el 17,8% generaron incapacidades de 1-3 días, el 2,4% incapacidades de 4-7 días, el 4,2% incapacidades entre 8-15 días y el 1,4% incapacidades entre 16-30 días. La tasa del número de consultas/población para este año fue de 2,78/100 trabajadores.

En el 2018, el número total de consultas fue de 364 con una tasa de 3,55/100 trabajadores para este año. Las mujeres tuvieron 177 consultas y los hombres 187. El 75,3% de las consultas para este año no generaron incapacidad, el 22,3% tuvieron incapacidad de 1-3 días, el 1,4% incapacidades de 4-7 días y el 1,1% incapacidades de 8-15 días. La tabla 12 resume el número de consultas e incapacidades discriminadas por año.

Tabla 12 *Número de consultas e Incapacidades discriminadas por año*

Indicadores	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total No. Consultas		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	IC 95%
Tasa																					
No. Consultas/100 trabajadores	1,88		1,87		2,22		1,95		2,86		3,63		3,42		2,78		3,55		24,17		
Número Consultas																					
Total	192	7,8	191	7,7	226	9,2	199	8,1	292	11,8	370	15,0	349	14,2	284	11,5	362	14,7	2465	100	
Mujeres	78	3,2	93	3,8	124	5,0	112	4,5	132	5,4	131	5,3	158	6,4	129	5,2	176	7,1	1133	46	(44-48)
Hombres	114	4,6	98	4,0	102	4,1	87	3,5	160	6,5	239	9,7	191	7,7	155	6,3	186	7,5	1332	54	(51,5-55,9)
Días de Incapacidad																					
0 Días	102	4,1	100	4,1	135	5,5	109	4,4	212	8,6	277	11,2	240	9,7	212	8,6	274	11,1	1661	67,4	(65,5-69,2)
1-3 Días	78	3,2	76	3,1	69	2,8	61	2,5	67	2,7	65	2,6	77	3,1	51	2,1	81	3,3	625	25,4	(23,6-27,1)
4-7 Días	6	0,2	8	0,3	5	0,2	10	0,4	5	0,2	14	0,6	15	0,6	7	0,3	5	0,2	75	3,0	(2,40-3,79)
8-15 Días	0	0,0	1	0,0	4	0,2	8	0,3	7	0,3	4	0,2	10	0,4	12	0,5	4	0,2	50	2,0	(1,50-2,66)
16-30 Días	1	0,0	5	0,2	11	0,4	8	0,3	1	0,0	10	0,4	6	0,2	4	0,2	0	0,0	46	1,9	(1,36-2,48)
31 Días y más	0	0,0	1	0,0	2	0,1	3	0,1	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,3	(0,14-0,63)

Los diagnósticos recolectados en la revisión de la historia clínica se agruparon en categorías de acuerdo a la CIE-10. Los datos se agruparon en 17 categorías así: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (A00-B99), Tumores (C00-D48), Trastornos en la sangre (D50-D89), Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90), Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99), Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99), Enfermedades del ojo (H00-H59), Enfermedades del oído (H60-H95), Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99), Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99), Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93), Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (L00-L99), Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (M00-M99), Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99), Traumatismo y causas externas (S00-T98), Factores que influyen en la salud (Z00-Z99) y una categoría que reúne diagnósticos poco específicos como los de signos y síntomas no clasificados, o de poca frecuencia como diagnósticos de embarazo que solo se presenta en las mujeres, malformaciones congénitas y otras causas externas.

Para el año 2010, los grupos diagnósticos con mayor número de consultas fueron las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 51 consultas, de las cuales 25 fueron hechas por mujeres y 26 por hombres; seguido por enfermedades infecciones y parasitarias con 29 consultas, de las cuales 8 fueron hechas por mujeres y 21 por hombres; el 3er grupo con más número de consultas fue el de enfermedades del sistema respiratorio con 26 consultas, 17 consultas fueron hechas por hombres y 9 por mujeres. En menor proporción también se encontraron consultas en los grupos de factores que influyen en la

salud con 13 consultas, enfermedades del sistema digestivo y del sistema genitourinario con 10 consultas cada una.

Siguiendo la línea de tiempo, en el 2011 los grupos diagnósticos con mayor número de consultas fueron las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 65 consultas de las cuales 36 fueron de mujeres y 29 de hombres; le siguen las enfermedades del sistema respiratoria con 36 consultas, 22 de hombres y 14 de mujeres. También se encontraron 18 consultas por traumatismos y causas externas y 16 para enfermedades infecciosas y parasitarias.

Las enfermedades del sistema respiratorio, del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo y traumatismos y causas externas fueron las más consultadas para el año 2012. Las enfermedades del sistema respiratorio tuvieron 52 consultas, 33 para hombres y 19 para mujeres; 42 fueron las consultas para las enfermedades del sistema osteomuscular, 24 de hombres y 18 de mujeres, los traumatismos tuvieron 26 consultas de los cuales 18 fueron de hombres y 8 de mujeres. En menor frecuencia se encuentran las enfermedades de sistema digestivo e infecciosas y parasitarias con 21 consultas cada una.

Nuevamente se encuentran las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 72 consultas en el año 2013, 40 consultas fueron de mujeres y 30 de hombres, seguida de enfermedades del sistema genitourinario con 20 consultas, en la mayoría de mujeres con 15 de ellas, y las enfermedades del sistema respiratorio con 19 consultas, en la que los que más consultaron fueron los hombres con 11 consultas. Este año también se presentan enfermedades por traumatismos y causas externas con 15 consultas y las enfermedades infecciosas y parasitarias con 14 consultas. Para el 2014, las enfermedades del sistema osteomuscular siguen ocupando el primer lugar en número de

consultas con 51. Las mujeres consultaron 27 veces y los hombres 24. Para este año las enfermedades del sistema respiratorio y genitourinario tuvieron 32 consultas cada una, para las respiratorias los hombres consultaron más que las mujeres con 20 consultas y para las genitourinarias las mujeres consultaron más que los hombres con 20 consultas. Como 4to grupo con mayor número de consultas en el 2014 se encuentran las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con 30 consultas, de las cuales 16 son hombres y 14 mujeres. Las enfermedades infecciosas y parasitarias para este año presentan 20 consultas y aparece un nuevo grupo dentro de los más consultados que son las enfermedades del sistema nervioso con 19 consultas. La categoría otras, este año tiene un número importante de consultas, pero se debe al aumento en número diagnósticos de signos y síntomas no especificados.

En el 2015 se encontró un aumento, comparado con el año anterior, en las consultas por enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 97 consultas. Contrario a la tendencia de consulta, el mayor número de consultas este año es de los hombres con 63 consultas y las mujeres con 34. A estas, le siguen las enfermedades del sistema genitourinario con 38 consultas, la mayoría de mujeres con 21 consultas y 17 consultas para los hombres. El tercer grupo para este año son las enfermedades infecciones y parasitarias con 33 consultas, de las cuales 21 son de hombres y 12 de mujeres. Las enfermedades infecciosas y parasitarias aumentaron en número de consultas comparado con el año anterior, paso a tener 33 consultas, las enfermedades del sistema nervioso siguen presentes para este año con 19 consultas. Para este año, la categoría otras, este año tiene un número

importante de consultas, pero se debe al aumento en número diagnósticos de signos y síntomas no especificados por eso no se tiene en cuenta dentro del análisis.

Desde el inicio del análisis en el tiempo, las enfermedades del sistema osteomuscular han tenido mayor número de consultas, que no varía para el 2016. En este año, el número de consultas fue de 93, siguen teniendo los hombres el mayor número de consultas con 52 y las mujeres con 41 consultas, le siguen las enfermedades del sistema respiratorio con 30 consultas, 17 de hombres y 13 de mujeres. Las enfermedades infecciosas y parasitarias este año tuvieron 23 consultas, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas tuvieron 24 consultas al igual que las enfermedades del sistema genitourinario.

Para el año 2017, se mantiene la tendencia de ser las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo las más consultadas, aunque comparada con los 2 años anteriores tuvo un descenso, con 68 consultas. Las mujeres siguen siendo las que más consultan por este tipo de afecciones con 43 consultas y los hombres con 25. En segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema digestivo con 32 consultas, donde los que más consultaron fueron los hombres con 27 consultas y solo 5 consultas de las mujeres. A estas, les siguen las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, las cuales para este año tienen una frecuencia de consulta de 30, de los cuales 19 consultas son de mujeres y 11 de hombres. En menor cantidad se presentaron las enfermedades infecciosas y parasitarias con 21 consultas.

En el último año, las condiciones no cambian para las enfermedades osteomusculares y tejido conjuntivo. En el 2018, sigue siendo la más consultada con 97 consultas, este año el mayor número de consultas es de los hombres con 51 y 46 de las mujeres. El segundo grupo más consultado fue las enfermedades del sistema digestivo con 29 consultas, de las

cuales 22 son de hombres y 7 de mujeres. Nuevamente, las enfermedades respiratorias están dentro de las más consultadas con 28 consultas, 16 de mujeres y 12 de hombres. El cuarto grupo más consultado fue las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con 27 consultas, donde las mujeres son las mayores consultantes con 19 y los hombres con 8. Las enfermedades del sistema genitourinario presentan 25 consultas y las infecciosas y parasitarias con 21 consultas, siguen siendo de las más consultadas.

De acuerdo a lo descrito antes, hay enfermedades que se mantienen presentes en el tiempo. Las enfermedades osteomusculares y tejido conjuntivo, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades infecciosas y parasitarias son los 3 grupos diagnósticos de los que persisten consultas en los 9 años. Para las enfermedades osteomusculares, el número de consulta es similar tanto para los hombres con 326, como para las mujeres con 310. En las enfermedades respiratorias, la mayoría de consultas fueron de los hombres con 160 y las mujeres con 106., al igual que para las enfermedades infecciones y parasitarias donde los hombres consultaron 120 veces y las mujeres 28. Se encontró que las enfermedades del sistema genitourinario estuvieron dentro de las más consultadas en 5 años de los 9 que se están revisando. Y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas vienen incrementando el número de consultas los últimos 3 años y el mayor número de consultas para este grupo diagnostico las tienen las mujeres con 93 consultas. La tabla 13 resume la prevalencia de los grupos de enfermedades por año.

Tabla 13 *Prevalencia de los grupos de enfermedades por Año*

Indicadores	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	IC 95%
Infecciosas y Parasitarias (A00-B99)		15,1		8,4		9,3		7,0		6,8		8,9		6,6		7,4		5,8			
Mujeres	8		4		11		4		11		12		12		9		7		78	3,2	(2,50-3,93]
Hombres	21		12		10		10		9		21		11		12		14		120	4,9	(4,05-4,79]
Tumores (C00-D48)		0,5		1,6		0,4		2,0		1,0		0,8		1,1		0,4		1,4			
Mujeres	1		1		1		3		2		3		0		0		2		13	0,5	(0,28-0,90]
Hombres	0		2		0		1		1		0		4		1		3		12	0,5	(0,25-0,84]
Trastornos en la Sangre (D50-D89)		0		0		0,4		0,0		1,0		0,8		1,1		0,0		0,8			
Mujeres	0		0		1		0		2		3		4		0		2		12	0,5	(0,25-0,84]
Hombres	0		0		0		0		1		0		0		0		1		2	0,1	(0,01-0,29]
Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas (E00-E90)		3,1		2,1		4,0		5,0		10,3		4,3		6,9		10,6		7,5			
Mujeres	4		4		7		8		14		7		11		19		19		93	3,8	(3,05-4,60]
Hombres	2		0		2		2		16		9		13		11		8		63	2,6	(1,96-3,25]
Trastornos mentales y del Comportamiento (F00-F99)		1,6		0,5		0,4		0,5		4,1		3,8		4,6		2,5		2,8			
Mujeres	1		1		1		1		2		2		1		1		2		12	0,5	(0,25-0,84]
Hombres	2		0		0		0		10		12		15		6		8		53	2,2	(1,61-2,80]
Enfermedades del Sistema Nervioso (G00-G99)		3,6		2,1		1,8		2,0		6,5		5,1		4,6		2,5		4,7			
Mujeres	5		3		3		1		5		3		7		3		11		41	1,7	(1,19-2,25]
Hombres	2		1		1		3		14		16		9		4		6		56	2,3	(1,72-2,94]
Enfermedades del ojo (H00-H59)		3,1		1,0		0,9		0,0		1,7		1,6		1,7		1,4		1,9			
Mujeres	1		2		2		0		2		4		0		0		4		15	0,6	(0,34-1,00]
Hombres	5		0		0		0		3		2		6		4		3		23	0,9	(0,59-1,39]
Enfermedades del oído (H60-H95)		1,0		1,6		1,8		0,5		1,0		2,2		1,7		3,5		3,6			
Mujeres	1		1		0		0		1		4		3		4		8		22	0,9	(0,56-1,34]
Hombres	1		2		4		1		2		4		3		6		5		28	1,1	(0,75-1,63]
Sistema Circulatorio (I00-I99)		3,6		1,6		4,9		0,5		1,4		2,2		1,7		3,2		4,1			
Mujeres	2		0		5		0		0		0		1		0		7		15	0,6	(0,34-1,00]
Hombres	5		3		6		1		4		8		5		9		8		49	2,0	(1,47-2,62]

Sistema Respiratorio (J00-J99)		13,5	18,8	13,3	9,5	11,0	7,6	8,6	5,3	7,7		
Mujeres	9	14	19	8	12	9	13	6	16	106	4,3	(3,53-5,17)
Hombres	17	22	11	11	20	19	17	9	12	138	5,6	(4,72-6,58)
Sistema Digestivo (K00-K93)		5,2	3,1	9,3	4,5	1,4	3,5	5,4	11,3	8,0		
Mujeres	5	3	12	6	2	5	4	5	7	49	2,0	(1,47-2,62)
Hombres	5	3	9	3	2	8	15	27	22	94	3,8	(3,09-4,64)
De la piel y tejido subcutáneo (L00-L99)		3,6	3,1	4,0	1,5	3,1	1,9	1,1	5,6	3,3		
Mujeres	2	6	8	2	3	3	3	2	4	33	1,3	(0,92-1,87)
Hombres	5	0	1	1	6	4	1	14	8	40	1,6	(1,11-2,20)
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (M00-M99)		26,6	34	18,6	36,2	17,5	26,2	26,6	23,9	26,8		
Mujeres	25	36	18	40	27	34	41	43	46	310	12,6	(11,3-14,0)
Hombres	26	29	24	32	24	63	52	25	51	326	13,2	(11,9-14,6)
Sistema Genitourinario (N00-N99)		5,2	3,7	6,2	10,1	11,0	10,3	6,9	6,7	6,9		
Mujeres	6	4	10	15	20	21	18	8	18	120	4,9	(4,05-4,79)
Hombres	4	3	4	5	12	17	6	11	7	69	2,8	(2,18-3,52)
Traumatismos y causas externas (S00-T98)		3,6	9,4	11,5	7,5	7,9	3,5	4,0	2,5	1,9		
Mujeres	1	4	8	4	4	1	0	3	0	25	1,0	(0,65-1,49)
Hombres	6	14	18	11	19	12	14	4	7	105	4,3	(3,49-5,13)
Factores de influyen en la salud (Z00-Z99)		3,6	4,2	4,4	5,0	1,4	3,8	7,7	8,1	6,1		
Mujeres	1	3	5	7	1	4	24	18	13	76	3,1	(2,43-3,84)
Hombres	6	5	5	3	3	10	3	5	9	49	2,0	(1,47-2,62)
Otras		6,8	4,7	8,8	8,0	13,0	13,5	9,5	5,3	6,6		
Mujeres	6	7	13	13	24	16	16	8	10	113	4,6	(3,79-5,48)
Hombres	7	2	7	3	14	34	17	7	14	105	4,3	(3,49-5,13)
TOTAL	192	191	226	199	292	370	349	284	362	2465	100	

De la misma manera se encontró para cada año, el número de personas que consultaron y el número de motivos de consulta. Para el año 2010, se tuvieron 53 (52%) personas que tuvieron consulta médica y 164 motivos de consulta diferentes para 192 consultas totales. En el 2011, el total de personas que consultaron fue 49 (48%) y se encontraron 156 motivos diferentes de consulta en 191 consultas totales. En el año 2012, los motivos de consulta fueron de 179 y 55 (53,9%) personas consultaron en 226 consultas totales. El número de personas que consultaron fueron 46 (45,1%) para el 2013, los motivos de consulta fueron 155 y 199 el número de consultas totales. En el 2014, el número de personas que consultaron fue 67 (65,7%), los motivos de consulta fueron 239 para 292 consultas totales. Para el 2015, se presentaron 65 (63,7%) personas que consultaron al médico y 305 motivos de consulta diferente en 370 consultas totales para ese año. En el 2016, el total de personas que consultaron fue 70 (68,6%) y se encontraron 277 motivos de consulta diferente en 349 consultas totales en ese año. El número de personas que consultaron fue 74 (72,5%) para el 2017 y se encontraron 235 motivos diferentes de consulta en 284 consultas totales. Para el año 2018, fueron 82 (80,4%) personas que consultaron y 311 los motivos de consulta en 362 consultas totales. De lo anterior, se puede concluir que la población consultante tuvo diversos motivos de consulta, razón por la cual se puede encontrar prevalencias altas de diferentes grupos diagnósticos. La tabla 14 resume las consultas por año.

Tabla 14 *Consultas por año*

	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Número de personas	53	52,0	49	48,0	55	53,9	46	45,1	67	65,7	65	63,7	70	68,6	74	72,5	82	80,4
Número de consultas	192	7,8	191	7,75	226	9,17	199	8,1	292	11,8	370	15,0	349	14,2	284	11,5	362	14,7
Número de motivos de consulta	164		156		179		155		239		305		277		235		311	

La proporción de prevalencia de las enfermedades osciló entre 0,9% (Trastornos en la sangre) y 10,26% (Enfermedades infecciosas y parasitarias). La mayoría de las prevalencias halladas para los grupos incluidos en la CIE-10 estuvieron por encima del 4% en la población. Las enfermedades que presentaron las prevalencias más bajas fueron los trastornos en la sangre (0,9%, IC 95% 2.18 – 12.3), tumores (2,3%, IC 95% 9.24 – 24.2), trastornos mentales y del comportamiento (1,8%, IC 95% 6.22 – 19.6) y las enfermedades del ojo (3,2%, IC 95% 14,0 – 30.8). Las enfermedades que presentaron mayor prevalencia fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias (10,2%, IC 95% 58.7 – 77.4) y las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (10,1%, IC 95% 57.7 – 76.6). Seguidas de las enfermedades del sistema digestivo (8,6% IC 95% 47.7 – 67.6) y del sistema respiratorio (8% IC 95% 43.8 – 63.8), las enfermedades del sistema genitourinario (7,2%, IC 95% 38.0 – 58.2) y las endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,7%, IC 95% 35.2 – 55.2), los traumatismos y causas externas (5,8%, IC 95% 29.7 – 49.4), las enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo (5%, IC 95% 24.3 – 43.4), las enfermedades del oído (4,8%, IC 95% 23.4 – 42.3) y las del sistema nervioso (4,8%, IC 95% 23.4 – 42.3). El grupo de los factores que influyen en la salud tuvo una prevalencia del 6,6% (IC 95% 34.3 – 54.3), pero no se tiene en cuenta para la morbilidad ya que los diagnósticos son de consulta al adulto joven y de planificación familiar. (Ver tabla 15 Prevalencia de los grupos de enfermedades 2010 – 2018)

Tabla 15 *Prevalencia de los grupos de enfermedades 2010-2018*

GRUPOS DE ENFERMEDADES	Mujeres		Hombres		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	IC 95%
Infecciosas y Parasitarias	21	65,6	49	70,0	70	10,2	(8,0-12,7)
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	24	75,0	45	64,3	69	10,1	(0,3-1,8)
Otras	18	56,3	43	61,4	61	8,9	(7,9-12,5)
Sistema Digestivo	19	59,4	40	57,1	59	8,6	(2,0-4,8)
Sistema Respiratorio	17	53,1	38	54,3	55	8,0	(4,8-8,7)
Sistema Genitourinario	24	75,0	25	35,7	49	7,2	(6,6-10,9)
Endocrinas, Nutri. y Metab.	15	46,9	31	44,3	46	6,7	(5,3-9,3)
Factores de influyen en la salud	22	68,8	23	32,9	45	6,6	(6,1-10,3)
Traumatismos y causas externas	11	34,4	29	41,4	40	5,8	(0,0-1,0)
De la piel y tejido subcutáneo	15	46,9	19	27,1	34	5,0	(0,0-1,2)
Sistema Nervioso	13	40,6	20	28,6	33	4,8	(4,9-8,8)
Enfer. del oído	14	43,8	19	27,1	33	4,8	(0,9-3,0)
Sistema Circulatorio	7	21,9	22	31,4	29	4,2	(6,8-11,3)
Enfer. del ojo	9	28,1	13	18,6	22	3,2	(3,3-6,7)
Tumores	5	15,6	11	15,7	16	2,3	(4,2- 7,8)
Tños mentales y del Comportamiento	6	18,8	6	8,6	12	1,8	(3,3-6,7)
Tños en la Sangre	4	12,5	2	2,9	6	0,9	(1,3-3,7)
Malformaciones Congénitas	3	9,4	0	0,0	3	0,4	(3,4-6,8)
Embarazo y Parto	2	6,3	0	0,0	2	0,3	(2,8-6,0)
TOTAL	249		435		684		

De los datos anteriores se tomaron los diagnósticos más prevalentes en cada grupo para determinar la morbilidad de la población. De lo anterior se expuso que las cinco enfermedades más prevalentes en la población fueron: en primer lugar, las enfermedades agudas de las vías respiratoria superiores con 48 (47,1%) personas diagnosticadas con este tipo de afección; en segundo lugar, la enfermedad diarreica y gastroenterica de origen infeccioso con 39 (38,2%) personas diagnosticadas; en tercer lugar, las infecciones virales con 34 (33,3%) de personas con este diagnóstico; el lumbago ocupa el cuarto lugar de prevalencia con 33 (32,4%) personas diagnosticadas así; y el quinto lugar, es para el resfriado común con 23 (22,5%) personas que consultaron por esta afección. A las anteriores les siguen en orden, el dolor en articulación con 23 (22,5%) personas con ese diagnóstico, otras enfermedades de las vías respiratorias superiores con 22 (21,6%) personas, hiperlipidemia mixta, migrañas y cefaleas, contracturas musculares y bursitis con 19 (18,6%) personas cada una.

Comparando la tendencia de consultas por año de las cuatro enfermedades más prevalentes en la población, figura 10, se encontró que año por año, el mayor número de consultas las tuvieron las enfermedades osteomusculares y tejido conjuntivo, las enfermedades respiratorias tuvieron una alta prevalencia de consulta en los años 2010 y 2011 y tiende a disminuir hasta el 2018; las enfermedades infecciosas y parasitarias también tuvieron un pico de consulta en el 2010, pero se mantuvo estable los años siguientes hasta el 2018; y las enfermedades del sistema digestivo fue la de menos prevalencia de consulta para el 2010 y 2011, tuvo un pico de consulta en el 2012, disminuyo del 2013 al 2016 y volvió aumentar en los dos últimos años.

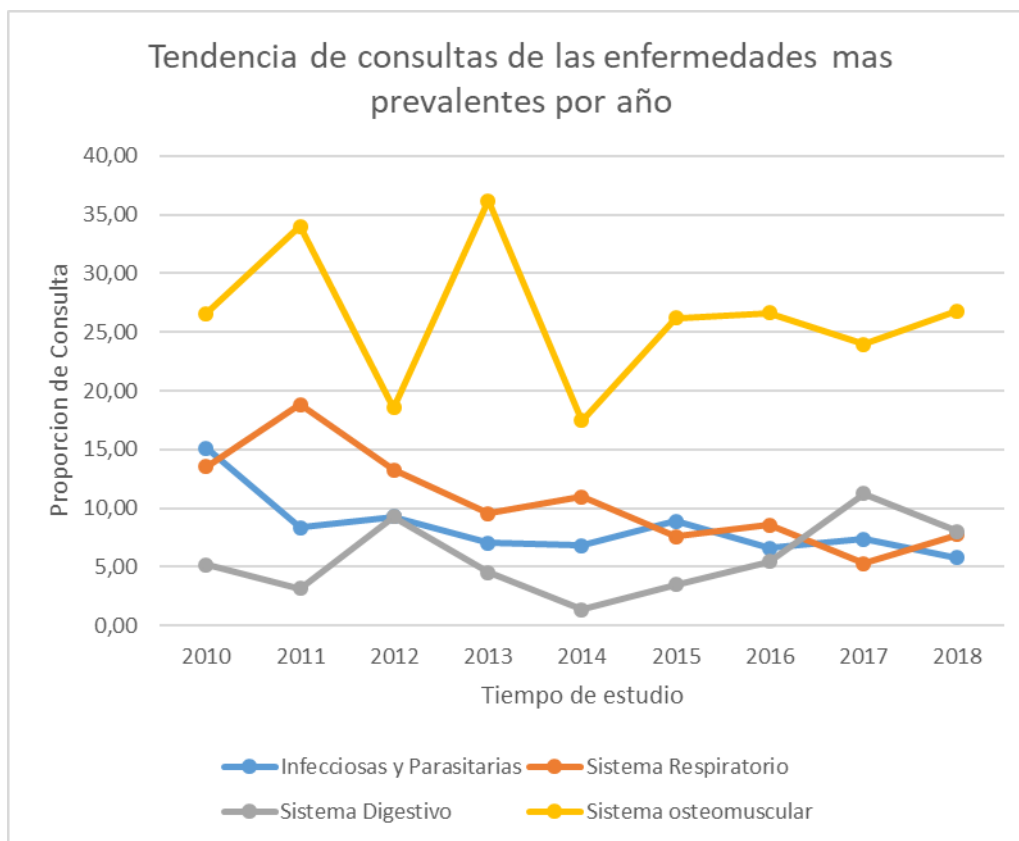


Figura 10 Tendencia de consultas de las enfermedades más prevalentes 2010-2018

Al comparar la tendencia de consulta por año entre hombres y mujeres, figuras 11 y 12, se pudo observar en el 2010 que las consultas por enfermedades del sistema digestivo fueron similares en hombres y mujeres, para las demás enfermedades la consulta de hombres fue mayor. En el 2011, la tendencia es similar en las enfermedades del sistema digestivo, infecciosas y parasitarias y las respiratorias, cambiando para las osteomusculares, donde la mayor consulta fue para las mujeres. Para el 2012, la frecuencia de consulta es similar en hombres y mujeres para las enfermedades infecciosas y parasitarias, es mayor en mujeres para enfermedades respiratorias y digestivas y mayor en hombres en las enfermedades osteomusculares. El siguiente año, las consultas fueron mayor para los

hombres en las enfermedades infecciosas y respiratorias, y mayor en mujeres para enfermedades digestivas y osteomusculares.

En el 2014, el número de consultas para todos los grupos de enfermedades disminuyó, las mujeres tuvieron mayor consulta por enfermedades infecciosas y por problemas osteomusculares, y los hombres por enfermedades respiratorias, las digestivas tuvieron una frecuencia de consulta similar. El año que sigue, el 2015, los hombres tuvieron mayor consulta que las mujeres en los cuatro grupos de enfermedades. En el 2016, la tendencia de consulta fue similar en ambos géneros para las enfermedades infecciosas y fue mayor en los hombres para los otros tres grupos de enfermedades. Para el 2017, los hombres tienen mayor proporción de consulta en tres grupos de enfermedades, y las mujeres fue mayor para los trastornos osteomusculares. Finalmente, en el 2018, la consulta por desórdenes osteomusculares fue similar para ambos géneros siendo levemente mayor para los hombres, para las digestivas e infecciosas fue mayor la consulta para los hombres y las digestivas fue mayor la consulta para las mujeres.

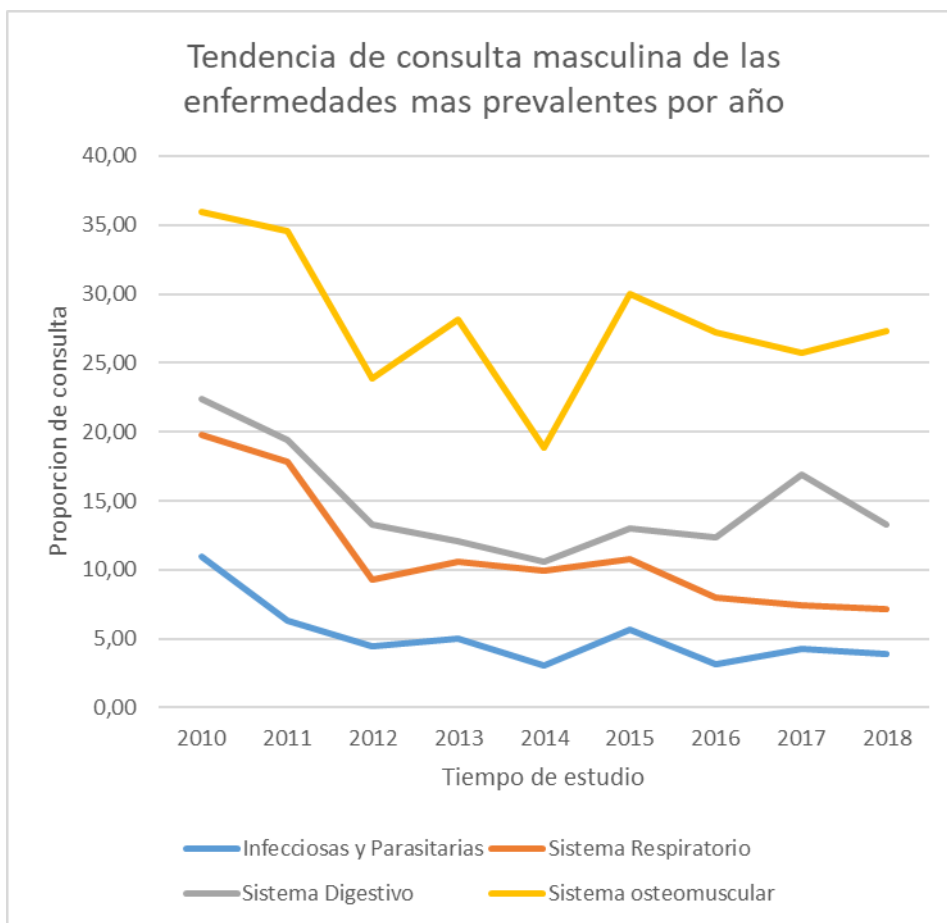


Figura 11 Tendencia de consulta masculina de las enfermedades más prevalentes 2010-2018

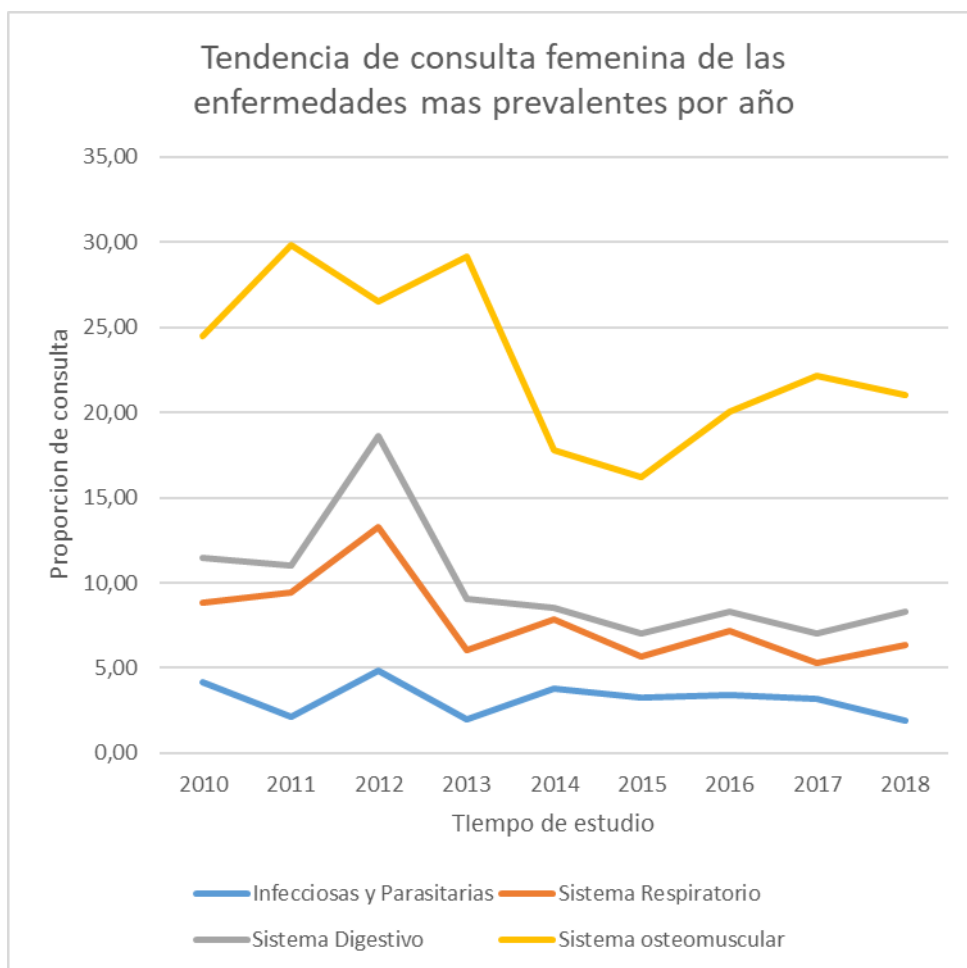


Figura 12 Tendencia de consulta femenina de las enfermedades más prevalentes 2010-2018

Otras enfermedades prevalentes en la población fueron: Síndrome de colon irritable (16,7%), colitis y gastroenteritis no infecciosas (15,7%), cervicalgia (15,7%), epicondilitis media (14,7%), infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados (13,7%), Gastritis y duodenitis (13,7%), síndrome maguito rotador (13,7%), epicondilitis lateral (12,7%) síndrome del túnel del carpo (11,8%), enfermedades del oído externo (11,8%), Vértigo (11,8%), dermatitis y eczema (11,8%), infección Urinaria (11,8%),

conjuntivitis (10,8%), Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco (10,8%). (Ver tabla 16, 17, 18 y 19 Grupos Diagnósticos con mayor prevalencia 2010-2018)

Tabla 16 *Grupos diagnósticos con mayor prevalencia 2010-2018*

ENFERMEDADES		Mujeres		Hombres		TOTAL		
		No.	%	No.	%	No.	%	IC 95%
Infecciosas y Parasitarias								
A06	Amebiasis	4	12,5	3	4,3	7	6,9	(2,80-13,6)
A08	Infecciones intestinales por virus y organismos especif.	3	9,4	11	15,7	14	13,7	(7,71-21,9)
A09X	Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso	12	37,5	27	38,6	39	38,2	(28,7-48,3)
A46X	Erisipela	1	3,1	0	0,0	1	1,0	(0,02-5,34)
A90X	Dengue clasico	0	0	4	5,7	4	3,9	(1,07-9,73)
B07X	Verrugas Viricas	1	3,1	2	2,9	3	2,9	(0,61-8,35)
B24X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	1	3,1	0	0,0	1	1,0	(0,02-5,34)
B349	Infeccion viral	9	28,1	25	35,7	34	33,3	(24,3-43,3)
B35	Dermatofitosis	3	9,4	4	5,7	7	6,9	(2,80-13,6)
B82	Parasitosis intestinales	2	6,25	4	5,7	6	5,9	(2,18-12,3)
Endocrinas, Nutricionales y Metabòlicas								
E039	Hipotiroidismo	3	9,4	1	1,4	4	3,9	(1,07-9,73)
E10-E14	Diabetes Mellitus	2	6,3	1	1,4	3	2,9	(0,61-8,35)
E162	Hipoglicemia	3	9,4	4	5,7	7	6,9	(2,80-13,6)
E66	Obesidad	5	15,6	2	2,9	7	6,9	(2,80-13,6)
E782	Hiperlipidemia mixta	5	15,6	14	20,0	19	18,6	(11,6-27,5)

Tabla 17 *Grupos diagnósticos con mayor prevalencia 2010-2018*

Enfermedades del Sistema Nervioso								
G243	Torticolis espasmodica	1	3,1	2	2,9	3	2,9	(0,61-8,35)
G40	Epilepsia	0	0	1	1,4	1	1,0	(0,02-5,34)
G43-G44	Migrañas y cefaleas	8	25	11	15,7	19	18,6	(11,6-27,5)
G560	Síndrome del túnel del carpo	7	21,9	5	7,1	12	11,8	(6,22-19,6)
Sistema Respiratorio								
J00X	Resfriado común	10	31,3	13	18,6	23	22,5	(14,8-31,8)
J01-J06	Infecciones agudas de las VRS	15	46,9	33	47,1	48	47,1	(37,0-57,1)
J30-J39	Otras enfermedades de las VRS	8	25	14	20,0	22	21,6	(14,0-30,8)
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2	6,3	0	0,0	2	2,0	(0,23-6,90)
J45	Asma	0	0	1	1,4	1	1,0	(0,02-5,34)
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo								
M069	Artritis Reumatoide	0	0	2	2,9	2	2,0	(0,23-6,90)
M100	Gota	0	0	2	2,9	2	2,0	(0,23-6,90)
M16	Coxartrosis	1	3,1	0	0,0	1	1,0	(0,02-5,34)
M17	Gonartrosis	0	0	1	1,4	1	1,0	(0,02-5,34)
M199	Artrosis	2	6,3	5	7,1	7	6,9	(2,80-13,6)
M22	Trastornos de la rodilla	1	3,1	3	4,3	4	3,9	(1,07-9,73)
M23	Títnos internos de la rodilla	2	6,3	4	5,7	6	5,9	(2,18-12,3)
M25	Dolor en articulación	9	28,1	14	20,0	23	22,5	(14,8-31,8)
M418	Escoliosis	1	3,1	0	0,0	1	1,0	(0,02-5,34)
M436	Torticolis	3	9,4	1	1,4	4	3,9	(1,07-9,73)
M461	Sacroileitis	2	6,3	1	1,4	3	2,9	(0,61-8,35)
M51	Títnos de discos intervertebrales	3	9,4	6	8,6	9	8,8	(4,11-16,0)
M542	Cervicalgia	9	28,1	7	10,0	16	15,7	(9,24-24,2)
M545	Lumbago	13	40,6	20	28,6	33	32,4	(23,4-42,3)
M624	Contractura muscular	9	28,1	10	14,3	19	18,6	(11,6-27,5)
M654	Tenosinovitis de Quervain	4	12,5	0	0,0	4	3,9	(1,07-9,73)
M70	Bursitis	8	25	11	15,7	19	18,6	(11,6-27,5)
M751	Síndrome maguito rotador	7	21,9	7	10,0	14	13,7	(7,71-21,9)
M765	Tendinitis rotuliana	2	6,3	0	0,0	2	2,0	(0,23-6,90)
M770	Epicondilitis media	10	31,3	5	7,1	15	14,7	(8,47-23,0)
M771	Epicondilitis lateral	8	25	5	7,1	13	12,7	(6,96-20,8)
M773	Espolòn calcàneo	3	9,4	3	4,3	6	5,9	(2,18-12,3)

Tabla 18 Grupos diagnósticos con mayor prevalencia 2010-2018

ENFERMEDADES		Mujeres		Hombres		TOTAL		
		No.	%	No.	%	No.	%	IC 95%
Sistema Digestivo								
K051	Gingivitis crónica	2	6,3	2	2,9	4	3,9	(1,07-9,73)
K29	Gastritis y duodenitis	6	18,8	8	11,4	14	13,7	(7,71-21,9)
K30X	Dispepsia	5	15,6	5	7,1	10	9,8	(4,80-17,2)
K40	Hernia Inguinal	0	0	3	4,3	3	2,9	(0,61-8,35)
K42	Hernia Umbilical	1	3,1	6	8,6	7	6,9	(2,80-13,6)
K529	Colitis y gastroenteritis no infecciosas	4	12,5	12	17,1	16	15,7	(9,24-24,2)
K58	Síndrome de colon irritable	6	18,8	11	15,7	17	16,7	(10,0-25,3)
De la piel y tejido subcutáneo								
L02	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco	5	15,6	6	8,6	11	10,8	(5,50-18,4)
L03	Celulitis	3	9,4	4	5,7	7	6,9	(2,80-13,6)
L20-L30	Dermatitis y eczema	6	18,8	6	8,6	12	11,8	(6,22-19,6)
L50	Urticaria y eritema	5	15,6	0	0	5	4,9	(1,61-11,0)
Enfermedades del ojo								
H00-H06	Tños del párpado, aparato lagrimal y órbita	2	6,3	3	4,3	5	4,9	(1,61-11,0)
H10	Conjuntivitis	4	12,5	7	10,0	11	10,8	(5,50-18,4)
H110	Pterigion	2	6,3	2	2,9	4	3,9	(1,07-9,73)
H52	Tños de acomodación y refracción	3	9,4	2	2,9	5	4,9	(1,61-11,0)

Tabla 19 *Grupos diagnósticos con mayor prevalencia 2010-2018*

Enfermedades del oído						
H60-H62	Enferm. del oído externo	3	9,4	9	12,9	12 11,8 (6,22-19,6)
H65-H75	Enferm. del oído medio y la mastoides	5	15,6	2	2,9	7 6,9 (2,80-13,6)
H811-H813	Vertigo	7	21,9	5	7,1	12 11,8 (6,22-19,6)
H90-H91	Hipoacusia	3	9,4	3	4,3	6 5,9 (2,18-12,3)
Sistema Circulatorio						
I10X	Hipertensión arterial	3	9,4	5	7,1	8 7,8 (3,44-14,8)
I84	Hemorroides	2	6,3	7	10,0	9 8,8 (4,11-16,0)
I86	Varices escrotales	0	0	6	8,6	6 5,9 (2,18-12,3)
I872	Insuficiencia venosa crónica	2	6,3	1	1,4	3 2,9 (0,61-8,35)
Sistema Genitourinario						
N200	urolitiasis	2	6,3	8	11,4	10 9,8 (4,80-17,2)
N390	Infección Urinaria	6	18,8	6	8,6	12 11,8 (6,22-19,6)
N602	Fibroadenosis de mama	9	28,1	0	0	9 8,8 (4,11-16,0)
N511	Trastornos de los testículos	0	0	9	12,9	9 8,8 (4,11-16,0)
N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal	9	28,1	0	0	9 8,8 (4,11-16,0)

Los traumatismos sucedieron por accidentes laborales y actividades deportivas como el fútbol. Las contusiones de los dedos de las manos fue el trauma más prevalente en la población con el 6,86%; en segundo lugar, los esguinces y torceduras de tobillo con el 4,90%; le siguen los desgarros de meniscos con el 3,92% y contusiones de tórax con el 2,94%. Las contusiones de los dedos de la mano, la fractura de la diáfisis de la tibia y la fractura de la clavícula son resultado de accidente laborales. Los demás diagnósticos de traumatismos se deben al fútbol como actividad deportiva y de recreación.

Otra causa externa diferente a los traumatismos fueron las alergias con un 3,92% con mayor prevalencia en las mujeres. (Ver tabla 20 Prevalencia de los traumatismos y las causas externas 2010 – 2018)

Tabla 20 *Prevalencia de los traumatismos y las causas externas 2010-2018*

ENFERMEDADES		Mujeres		Hombres		TOTAL		
		No.	%	No.	%	No.	%	IC 95%
Traumatismos y causas externas								
S202	Contusion del Torax	0	0	3	4,29	3	2,94	(0,61-8,35)
S400	Contusion del hombro y del brazo	0	0	2	2,86	2	1,96	(0,23-6,90)
S420	Fractura de la Clavicula	0	0	1	1,43	1	0,98	(0,02-5,34)
S600	Contusion de dedos de la mano	3	9,38	4	5,71	7	6,86	(2,80-13,6)
S822	Fractura de la Diàfisis de la tibia	0	0	2	2,86	2	1,96	(0,23-6,90)
S824	Fractura del Peronè solamente	0	0	1	1,43	1	0,98	(0,02-5,34)
S832	Desgarro actual de Meniscos	2	6,25	2	2,86	4	3,92	(1,07-9,73)
S900	Contusion del Tobillo	0	0	2	2,86	2	1,96	(0,23-6,90)
S934	Esguinces y torceduras del tobillo	0	0	5	7,14	5	4,90	(1,61-11,0)
T784	Alergia no especificada	3	9,38	1	1,43	4	3,92	(1,07-9,73)

Los tumores se presentan en una prevalencia de mucha importancia para vigilancia y seguimiento epidemiológico. El 3,92% de los tumores fueron diagnosticados como malignos, y se alojaron en los pulmones, la piel, tejidos blandos y en los genitales femeninos. El 12,74% fueron diagnosticados como tumores benignos y los lugares de alojamientos fueron la piel, el útero, los genitales masculinos y la glándula tiroides. 11 personas de la muestra en estudio tienen un diagnóstico de tumor en los 9 años de revisión clínica. (Ver tabla 21 Prevalencia de los tumores en la población 2010 – 2018)

Tabla 21 *Prevalencia de los tumores en la población 2010-2018*

ENFERMEDADES		Mujeres		Hombres		TOTAL		
		No.	%	No.	%	No.	%	IC 95%
Tumores								
C34	Tumor maligno de bronquios y pulmon	1	3,1	0	0	1	0,98 (0,02-5,34)	
C448	Tumor maligno de la piel	0	0	1	1,4	1	0,98 (0,02-5,34)	
C498	Tumor maligno de tejidos blandos	0	0	1	1,4	1	0,98 (0,02-5,34)	
C578	Tumor maligno de órganos genitales femeninos	1	3,1	0	0	1	0,98 (0,02-5,34)	
D1	Tumores Benignos	3	9,4	1	1,4	4	3,92 (1,07-9,73)	
D22	Nevo melanocítico	0	0	3	4,3	3	2,94 (0,61-8,35)	
D23	Otros tumores benignos de la piel	0	0	2	2,9	2	1,96 (0,23-6,90)	
D25	Leiomioma del útero	2	6,3	0	0	2	1,96 (0,23-6,90)	
D29	Tumor benigno de los órganos genitales masculinos	0	0	2	2,9	2	1,96 (0,23-6,90)	
D440	Tumor de comportamiento desconocido de la glándula	0	0	1	1,4	1	0,98 (0,02-5,34)	

El ítem que no influye en la morbilidad de la población, pero es importante tener en cuenta son los factores que influyen en la salud. En este apartado se agrupan los diagnósticos del cuidado de la salud. Aquí se debería encontrar la totalidad de la población, como prevención de la enfermedad, pero por lo expuesto antes, las personas consultan al momento de padecer algún malestar físico. En este grupo se encuentra que la atención para la planificación familiar es lo más prevalente en la población con un 19,6%, continua el control al contacto y exposición a enfermedades transmisibles con un 6,86%. (Ver tabla 22 Prevalencia de lo prevención de la enfermedad 2010 – 2018)

Tabla 22 *Prevalencia de la Prevención de la Enfermedad 2010-2018*

ENFERMEDADES		Mujeres		Hombres		TOTAL		
		No.	%	No.	%	No.	%	IC 95%
Factores que influyen en la salud								
Z2	Contacto con y exposición a	4	13	3	4,3	7	6,86	(2,80-13,6)
Z3	Atención para la anticoncepción	9	28	11	15,7	20	19,6	(12,4-28,6)
Z34-Z35	Supervisión de embarazo	2	6	0	0,0	2	1,96	(0,23-6,90)

7.4 Relación Calidad de Vida Relacionada con la Salud y morbilidad

Al relacionar la morbilidad encontrada en el 2018, dada por las consultas realizadas en el transcurso del año, y la calidad de vida relacionada con la salud encontrada en la población se logró evidenciar que 80% de la población ha consultado al médico por algún tipo de afección en su salud. 2% de los trabajadores que han asistido a consulta médica perciben su salud como mala, 20% como regular y 78% como buena y muy buena, siendo un gran porcentaje de la población estudiada que, a pesar de requerir asistencia médica en algún momento del año, no percibe deterioro en su salud. Sin tener una asociación estadísticamente significativa con un p-valor de 0,34.

En las mujeres, 6% de ellas calificaron su salud como mala y consultaron al médico, otro 6% no consultó y calificó su salud como regular y buena. 88% restante, presentó consultas médicas y su puntaje de percepción estuvo entre regular, buena y muy buena, siendo la calificación de buena con mayor porcentaje. Para los hombres, se encontró que 26% de ellos no ha tenido consultas médicas y aun así el 4% califica la salud como regular, 6% como buena y 11% como muy buena; de quienes sí presentaron consultas al servicio médico se encuentra que el 9% de ellos percibe su salud como regular, 34% como buena y 31% como muy buena, para un total de 74%. (Ver tabla 23 Calidad de vida relacionada con la salud y morbilidad)

Tabla 23 *Calidad de Vida relacionada con la Salud y Morbilidad*

Calidad de Vida relacionada con la Salud y Morbilidad									
Sexo	CVRS	Morbilidad				Total		Prueba	p-Valor
		No		Si					
		No	%	No	%	No	%		
Femenino	Mala	0	0	2	6	2	6	Chi-cuadrado	0,840
	Regular	1	3	10	31	11	34		
	Buena	1	3	11	34	12	38		
	Muy Buena	0	0	7	22	7	22		
Masculino	Regular	3	4	6	9	9	13	Chi-cuadrado	0,203
	Buena	4	6	24	34	28	40		
	Muy Buena	11	16	22	31	33	47		
Total	Mala	0	0	2	2	2	2	Chi-cuadrado	0,340
	Regular	4	4	16	16	20	20		
	Buena	5	5	35	34	40	39		
	Muy Buena	11	11	29	28	40	39		
TOTAL		20	20	82	80	102	100		

8 DISCUSION

El objetivo de esta investigación fue analizar el comportamiento de la morbilidad y calidad de vida relacionada con la salud en los trabajadores afiliados al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Agroalimentaria -Sinaltrainal- Seccional Dosquebradas entre los años 2010 - 2018. Para ello, se hizo la caracterización sociodemográfica y laboral de los trabajadores por medio de una encuesta elaborada por los investigadores; se solicitaron las historias clínicas generales de cada participante durante este lapso, se hizo la revisión y se determinaron las enfermedades más prevalentes en los trabajadores, por diagnósticos clínicos y diagnósticos agrupados por sistemas de acuerdo a la CIE-10. Además, se aplicó el instrumento SF-36 V2 para medir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en cada trabajador.

Una limitación que se encontró en la realización del trabajo fue el muestreo, ya que, aunque en la metodología se planteó un muestreo aleatorio simple, la muestra participante se obtuvo por medio de la participación voluntaria de los trabajadores. A pesar de esto, la muestra fue suficiente ya que, aunque no permite generalizar los resultados a una población con características similares, es un número importante de trabajadores los participantes en el estudio que se preocuparon por aportar la información necesaria para desarrollar este trabajo de investigación.

El instrumento sf-36 utilizado en este trabajo de investigación está validado en Colombia, en la versión No. 2, y ha sido mejorado en la encuesta de salud SF-8 que mide

los mismos ocho dominios de salud que la Encuesta de salud SF-36v2 utilizando solo ocho preguntas. El SF-8 fue desarrollado para replicar el SF-36v2 con una pregunta para cada dominio de salud. Mientras que el SF-8 solo tiene una pregunta en común con el SF-36v2, el contenido es muy similar y los conceptos medidos se correlacionan muy fuertemente.

La composición sociodemográfica de la población tuvo una distribución en la cual el 68,6% fue del género masculino y el 31,4% femenino, el promedio de la edad de la población fue de 41,5 años, +/- 9 años, los casados fueron el 42,2% y los viudos el 2%, el 50% de la población termino el bachillerato, lo que deja al otro 50% distribuido entre los estudios superiores como técnicos, tecnólogos y universitarios. La sección laboral con más representación fue galletería, el promedio de antigüedad fue de 16,4 años, +/-8 años. Los cargos que más se encontraron fueron auxiliar de empaque (35,4%) y operario de maquinaria (19,6%) con un promedio de permanencia en el cargo de 9,4 años, +/-7años.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en un estudio similar realizado por la Universidad en Valle en la misma población, Díaz (2010), se encontró una variación de la distribución en cuanto al género debido que en ese momento se tuvo una participación del 57,6% de hombres y un 42,4% de mujeres. A pesar de que en ambos estudios la representación masculina fue mayor, los resultados de este estudio muestran una disminución significativa de la representación femenina en aproximadamente un 11%. El promedio de edad en ambos estudios se mantiene, se esperaría que, siguiendo la tendencia en edad, el promedio en la edad se incrementara, pero se conserva, lo que deja ver que la población no ha envejecido después de 10 años. Por lo anterior, se puede suponer que las

personas mayores han ido saliendo del campo laboral y han ingresado personas con menos años lo que permite mantener la población en un rango de edad adulto, activo y productivo. Los casados siguen siendo los más representativos en ambos estudios; en cuanto al perfil educativo de los trabajadores, para el 2010 se obtuvo que el 62% de población culminó el bachillerato, lo que permitió ver en este estudio que la población ha ido creciendo en lo relacionado a conocimientos, teniendo mayor participación de técnicos, tecnólogos y personal universitario dentro de la organización, mejorando el perfil de formación de la población. Los cargos más frecuentes en ambos estudios fueron auxiliar de empaque y operario de maquinaria. La antigüedad en la empresa es mayor en este estudio, lo que era de esperarse después de aproximadamente 10 años. Pero la permanencia en el cargo no se ha visto afectada a pesar del tiempo, en ambos estudios se encontró que la permanencia en el cargo es de aproximadamente de 10 años, lo que permite que los empleados continúen ejecutando las mismas tareas en un periodo de tiempo largo.

La calidad de vida relacionada con la salud ha sido tenido en cuenta para el desarrollo de estudios clínicos en paciente con enfermedad terminal, como Fernández (2014) evaluó la calidad de vida relacionada con la salud en el donante de vivo renal encontrando que ésta es comparable con la de la población general; y para determinar la relación de la calidad de vida con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como lo hizo Salazar (2016) quien encontró que algunos comportamientos de salud, deterioro físico asociados al incremento del Índice de Masa Corporal son factores de influencia en el incremento de malestares de salud. Por último, también ha sido usado para evaluar la calidad de vida en la tercera edad, como Herrera (2014) quien describió la calidad de vida relacionada con la

salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena; Hernández (2016) evaluó la calidad de vida relacionada a salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana encontrando que el área de residencia ejerce un efecto diferencial en las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada a salud de la población adulta mayor estudiada.

Aunque en el ámbito laboral la calidad de vida relacionada con la salud ha sido poco evaluada, la morbilidad laboral no es alta para las ECNT y el instrumento SF-36 ha sido usado en otras poblaciones ya mencionadas, la encuesta logra demostrar el impacto de los procesos mórbidos, no crónicos ni terminales, que se presentan en los trabajadores.

Es esta la oportunidad de referirse la calidad de vida relacionada con la enfermedad en la población trabajadora donde se encontró que, en general, la mayoría de la población (78,4%) percibe como buena manera su salud, esto, explicado desde el modelo de Autopercepción del Estado de Salud (APES) significa que una persona con una autopercepción de salud buena puede disminuir el riesgo de mortalidad, morbilidad y deterioro del estado funcional (52). Discriminado por componentes, el componente de salud mental se encuentra más afectado comparado el componente de salud física en la población. Por dominios, los dominios con mayor afectación fueron la salud general (44,2%) y la vitalidad (31,3%), en las que el porcentaje de percepción de salud como mala fueron los más altos.

Discriminado por género, los hombres tienen una percepción de calidad de vida relacionada con la salud mejor comparado con las mujeres, las mujeres tienen mayor compromiso en ambos componentes de salud en comparación con los hombres y mayor afectación en el componente de salud física comparado con el componente de salud mental

de ellas mismas. Por dominios, el dominio de salud general y vitalidad fueron los de mayor compromiso tanto para los hombres (34,3% y 24,3%) como para las mujeres (65,6% y 46,8%), respectivamente, encontrando una relación estadísticamente significativa. En lo encontrado por Cogollo (2016) en un estudio de calidad de vida relacionada con la salud en guardas de seguridad encontró que los hombres tuvieron mejor puntaje en la dimensión Rol físico y menor puntaje en salud general, mientras que en este estudio el mejor puntaje en los hombres lo tuvo el dominio de Función física. De acuerdo a Trujillo (2018) en el estudio de condición de salud en trabajadores cubanos de diferentes ocupaciones encontró que los hombres que laboran en la industria tienen una mejor percepción de la CVRS física y mental que las mujeres.

Discriminado por cargo, se encontró que los trabajadores tienen una mejor percepción de la salud en el componente físico comparado con el componente de salud mental, según el estado civil, 21,6% tienen una mala percepción de su calidad de vida relacionada con la salud, encontrándose una relación estadísticamente significativa. Por edad, municipio de residencia, grado de escolaridad, antigüedad en la empresa y antigüedad en el cargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Según Díaz (2010), donde también se aplicó el Cuestionario SF-36, los trabajadores perciben la mayoría de dominios en un riesgo alto y moderado de afectación y solo se encuentran saludables en los dominios de función física y rol físico, las mujeres se encontraron con riesgo alto y moderado en salud física y mental comparado con los hombres. Según lo encontrado por Pacheco y colaboradores (2014), 32,9% de los entrevistados consideró que tiene una calidad de vida menos favorable de forma general y el índice de calidad de salud fue menos favorable en el sexo femenino. Según la Encuesta

Nacional de Demografía y Salud ENDS (2015) en Colombia, la salud de los hombres es percibida como excelente, muy buena o buena en mayor proporción que la de las mujeres, en tanto que éstas perciben más su salud como regular o mala. Por edad, según la ENDS, la percepción de una salud “excelente” “Muy bueno” y “bueno” se concentra en los tres primeros grupos de edad y empieza a disminuir en cada uno de los siguientes grupos de edad. Por el contrario, en la alternativa, regular“, un porcentaje mayor del 30 por ciento empieza en el grupo de 40 a 49 años y se va incrementando paulatinamente. Los mayores porcentajes de la alternativa, malo“ están después de los de 70 y más años de edad. Así mismo, en la ENDS, se evidencia una tendencia en la que, a mayor educación, la percepción de una mejor salud es también superior.

La morbilidad encontrada año por año en este estudio desde el 2010 hasta el 2018 demostró que para el primer año, las enfermedades con mayor prevalencia de consulta son las que afectan el sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, continuando con las enfermedades infecciosas y parasitarias y en seguida, las enfermedades del sistema respiratorio; en el 2011, las enfermedades que afectan el sistema osteomuscular y tejido conjuntivo tuvieron un aumento significativo de aproximadamente 8 puntos, seguido por las enfermedades del sistema respiratorio y luego las enfermedades infecciosas y parasitarias. En el 2012, hubo un cambio, incrementando las consultas por enfermedades que afectan el sistema respiratorio en 5 puntos comparado con el año anterior, le siguieron las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo y finalmente, las enfermedades infecciosas y parasitarias. Para el 2013, nuevamente las enfermedades del sistema osteomuscular son las más prevalentes en consultas, incrementando casi el doble

comparado con el año anterior, seguidas por las enfermedades del sistema respiratorio y, por último, las enfermedades infecciosas y parasitarias. En el 2014, las consultas por enfermedades bajaron a la mitad, pero aun así fueron la causa más prevalente de consulta, en segundo lugar, estuvieron las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades infecciosas y parasitarias. El año siguiente, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo tuvo un incremento de en casi 9 puntos comparado con el año anterior, siendo la causa más prevalente de consulta, en segundo lugar, las enfermedades infecciosas y parasitarias y en tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio. En el año 2016, las causas de consulta se comportaron semejante al año anterior. En el 2017, las enfermedades osteomusculares siguen siendo la causa de consulta más prevalente, las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron la segunda causa y, por último, se encontraron las enfermedades del sistema respiratorio. Finalmente, en el año 2018, las enfermedades del sistema osteomuscular y de tejido conjuntivo sigue siendo la causa más prevalente de consulta, pero este año, las enfermedades del sistema digestivo presentaron un incremento que la puso en el segundo lugar de consulta y posterior, las enfermedades del sistema respiratorio.

Según el Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales en Salud (ASIS) de Risaralda 2018, el comportamiento por año, es similar al encontrado en la población estudiada, excepto porque las enfermedades del sistema osteomuscular y de tejido conjuntivo no aparecen como la morbilidad más prevalente; por el contrario, las enfermedades infecciosas y parasitarias y las del sistema respiratorio son las principales causas de morbilidad en la población de Risaralda. Para el año 2010, la proporción de

prevalencia fue mayor para las enfermedades infecciosas y parasitarias que la de las enfermedades del sistema respiratorio. Para los años 2011, 2012 y 2013, las enfermedades del sistema respiratorios fueron la causa de morbilidad con mayor proporción que las enfermedades infecciosas y parasitarias. En el año 2014, la proporción de morbilidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias y del sistema respiratorio fueron muy similares. Finalmente, para el 2015, 2016 y 2017, fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias con mayor proporción de morbilidad que las enfermedades del sistema respiratorio. Según lo anterior, la morbilidad en la población trabajadora, año por año, tuvo un comportamiento similar al de la población general, excepto porque en este estudio se encontró que la principal causa de consulta está dada por los trastornos musculo esqueléticos, afecciones que en la población general no se tienen en cuenta en el análisis del comportamiento de la morbilidad. Pero que, en la población trabajadora, tiene gran importancia este tipo de análisis y de vigilancia al comportamiento de la enfermedad, ya que este tipo de afectaciones pueden estar relacionadas con las actividades laborales que desarrolla la población.

La morbilidad encontrada en el lapso 2010-2018 muestra que de 684 diagnósticos clínicos hallados, la mayor proporción la tuvieron las enfermedades infecciosas y parasitarias (10,2%), seguidas por las enfermedades del sistema osteomuscular y de tejido conjuntivo (10,1%), en tercer lugar, las enfermedades del sistema digestivo (8,6%), las enfermedades del sistema respiratorio (8,0%), enfermedades del sistema genitourinario (7,2%), enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,7%), traumatismos y causas externas (5,8%) y enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (5,0%); también se

tuvieron en cuenta los factores que influyen en la salud (6,6%) (promoción y prevención de la enfermedad, vigilancia y control en programas en salud y control de la natalidad). Hay que nombrar que, dentro de la morbilidad encontrada, los tumores tienen una proporción importante (2,3%) sugestiva de vigilancia y seguimiento por parte de seguridad y salud en el trabajo.

Al comparar por género, las mujeres padecen más de enfermedades del sistema genitourinario y osteomuscular, sistema digestivo, la piel y tejido subcutáneo, del oído, del sistema nervioso y de trastornos mentales y del comportamiento. Por el contrario, los hombres se enferman más de enfermedades infecciosas y parasitarias, del sistema respiratorio, del sistema circulatorio y por traumatismos y causas externas.

De lo encontrado por Díaz (2010), se pudo observar que la morbilidad de las alteraciones del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo fueron las de mayor proporción con 26,2%, los traumatismos fueron la tercera causa de morbilidad, las enfermedades genitourinarias ocuparon el quinto lugar. Al comparar la morbilidad por género se puede observar que los hombres y mujeres tuvieron una afectación en primer lugar en el sistema musculo esquelético. En este estudio se encontró, la proporción de afectación del sistema osteomuscular fue de 10,2% y siendo la segunda proporción más alta encontrada, los traumatismos ocupan el séptimo lugar, las enfermedades del sistema genitourinario se encuentran en el quinto lugar de prevalencia en la población. Al comparar la morbilidad por género se puede observar que, para este estudio, en las mujeres el primer lugar lo comparten las afecciones del sistema osteomuscular y genitourinario, y en los hombres fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En el análisis del ASIS con el Modelo de los Determinantes Sociales en Salud 2018 del Departamento de Risaralda se encuentra que en los determinantes intermedios en salud se halló que la cobertura del sistema de acueducto y alcantarillado para el 2014 fue del 63% y 73%, respectivamente. Por lo anterior, en la semaforización de condiciones de vida en el departamento, comparada con los datos de la nación, quedan en color rojo. Así mismo, el indicador de riesgo de la calidad del agua para consumo humano fue de 16.4, que comparado con el de la nación, el indicador en la semaforización que en color amarillo.

En cuanto a las condiciones de trabajo, la tasa de accidentalidad laboral fue de 1119 accidentes por 100.000 habitantes (población económicamente activa) y la de enfermedades relacionadas con el trabajo de 13 por 100.00 habitantes.

En el acceso al sistema sanitario, se encontró el indicador del porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud fue de 5.7%, la cobertura de afiliación al Sistema General Seguridad Social en Salud fue del 94.8% para el 2016.

En el análisis de los determinantes estructurales en salud se encontró que la proporción de población en necesidades básicas insatisfechas con corte a junio de 2012 era de 17%. Las diferencias son marcadas entre la cabecera municipal y el resto, para la primera, la proporción fue de 13.06% y para la segunda de 36.06%. La proporción de población en miseria con corte a diciembre de 2011 era de 3.94. Para el año 2017 la línea de pobreza para Risaralda estaba en 252.774 pesos. A diciembre de 31 de 2011 la proporción de personas en hacinamiento en el departamento fue de 6.79%. Los municipios con el menor porcentaje de personas en hacinamiento son Dosquebradas con 5%, Pereira con 5.3% y Santa Rosa con 5.39%. Para el año 2017 según el DANE, la tasa de desempleo fue de 7.8% disminuyendo con respecto al año 2016.

Este estudio no midió condiciones de vida, condiciones de trabajo, ni el contexto social, político y económico de la población. Pero de acuerdo el modelo propuesto como soporte teórico, lo mencionado anteriormente son factores que también pueden influir en el estado de salud de los trabajadores considerando que las 2 de los d3 grupos de enfermedades más prevalentes encontrados en este estudio, coinciden con las patologías más prevalentes en la población risaraldense.

De acuerdo a lo anterior, se podría decir que las enfermedades más prevalentes, además de tener un componente ocupacional, pudieran tener un componente de salud pública. En cuanto a los trastornos musculoesqueléticos se podría decir que, a pesar de la sintomatología existente, ésta aún no limita o interfiere con la salud de los trabajadores, lo que se traduce en que la población un tenga una buena percepción de la calidad de vida relacionada con su salud.

9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo del presente estudio fue describir la morbilidad y calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores afiliados a un sindicato de la industria agroalimentaria. Este estudio describió la morbilidad y la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en los trabajadores, revisó historias clínicas generales y aplicó el instrumento SF 36, se determinaron las enfermedades más prevalentes en la población y se estableció la percepción de salud.

Los resultados mostraron que en general, la mayoría de la población tiene buena percepción de su calidad de vida relacionada con la salud, a pesar de eso, son las mujeres en quienes se encuentran más comprometida la percepción de salud. En esta línea, se presenta el SF-36 como herramienta para evaluar calidad de vida en el ámbito laboral.

Las mujeres tenían afectada de manera importante la salud en el componente físico y esto repercute en el componente mental en la percepción de calidad de vida. Además, de encontrarse afectadas también por sintomatología osteomuscular y genitourinaria en mayor proporción. Este estudio no tuvo en cuenta el papel que la mujer desarrolla dentro del hogar, que implica más desgaste físico y psicológico. Por esta razón, se hace necesario un estudio que pueda guiar en el manejo o intervención adecuada en esta población trabajadora que contribuya a mitigar las afecciones físicas en pro de mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron las más prevalentes en la población lo que sugiere un seguimiento estricto y vigilante de las principales causas modificables de estas enfermedades como lo son la higiene, el agua, los alimentos y la presencia de insectos; ya que, si hasta el momento se han mantenido los estándares de calidad dentro de la empresa, es vital evitar una contaminación de los insumos manipulados por el riesgo latente de este tipo de enfermedades en la organización.

Además, por la similitud que se presentó en la morbilidad de la población trabajadora con la encontrada en la población general, debido al modelo teórico que soporto esta investigación, y al no haber tenido en cuenta en este estudio variables como condiciones de vida, necesidades básicas insatisfechas, condiciones de trabajo, factores psicosociales, entre otras, de los trabajadores, se sugiere que para un nuevo estudio se integren estos conceptos como factores que intervienen en la salud de la población.

Los trastornos osteomusculares fueron la segunda enfermedad más prevalente en la población, afectando a las mujeres en mayor proporción en estructuras como miembros superiores y espalda, comparadas con los hombres. Este tipo de afecciones aún están siendo catalogadas como enfermedad general, pero se sugiere un estudio más preciso que pueda relacionar esta sintomatología con las condiciones laborales para de esta manera determinar si el origen de éstas podría llegar a ser de tipo laboral.

Los trabajadores con enfermedades crónicas de tipo cardiovasculares, metabólicas o enfermedades mentales deben estar bajo control médico o en adherencia a un programa, razón por la cual, lo esperado en este tipo de población es que haya un número mayor de consultas que no se evidenció en este estudio. Por lo que se sugiere que, en las estrategias de intervención a la población de trabajadores, se enfoque el concepto de autocuidado en relación a la salud y al manejo de afecciones crónicas.

En la parte de salud sexual y reproductivo, las consultas para los métodos de anticoncepción y planificación familiar fueron muy bajas para la población en estudio, ya que la mayoría de los trabajadores son adultos en edad reproductiva. Así como también se logró evidenciar que quienes más consultan para este tipo de asesoría son los hombres.

La relación de calidad de vida relacionada con la salud y morbilidad mostró que a pesar de que la mayoría de la población asiste a los servicios de salud por algún tipo de afección, el mayor porcentaje de éstos percibe su salud como buena, contrario a lo que se esperaría, que quienes más consultan fueran los que mostraran mayor deterioro en su percepción de salud. Se sugiere un estudio más detallado que logre determinar si el hecho de sentirse atendido, tratado, controlado u orientado por el servicio médico genera más bienestar en las personas y aporta positivamente a la calidad de vida.

La limitación presente en este estudio fue con relación a la aleatorización de la muestra, la participación de los trabajadores fue voluntaria, por lo tanto, los resultados del presente

estudio pueden no generalizarse a otros trabajadores en las mismas condiciones. Las investigaciones con mayor rigurosidad deben realizarse en el futuro.

BIBLIOGRAFIA

1. asis-colombia-2018.pdf [Internet]. [citado 14 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
2. Asis Colombia 2016.pdf [Internet]. [citado 4 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
3. Colombia tendría 50 millones de ciudadanos en 2018 [Internet]. [citado 4 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/colombia/tendria-50-millones-de-ciudadanos-en-2018.html>
4. Méndez C, Barra R, Pradines C. Percepción de Calidad de Vida en Personal de Atención Primaria de Salud. Index Enferm. octubre de 2007;16(58):31-3.
5. Schwartzmann L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. Cienc Enferm. diciembre de 2003;9(2):09-21.
6. DANE 2018. Boletín Técnico de Mercado Laboral. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_nov_19.pdf
7. Cómo le fue a Colombia en accidentalidad, enfermedad y muerte laboral en 2018 [Internet]. ccs.org.co. [citado 14 de enero de 2020]. Disponible en: <https://ccs.org.co/como-le-fue-a-colombia-en-accidentalidad-enfermedad-y-muerte-laboral-en-2018/>
8. Informe Ejecutivo ENCSST II.pdf [Internet]. [citado 4 de octubre de 2018]. Disponible en: https://ccs.org.co/salaprensa/images/Documentos/INFORME_EJECUTIVO_II%20ENCSST.pdf
9. LUZ ADRIANA DIAZ SALAZAR, JUAN CARLOS VELASQUEZ VALENCIA JCVVCVV. Morbilidad Y Calidad De Vida En Trabajadores Afiliados A Un Sindicato Del Sector De Los Alimentos En El Municipio De Dosquebradas En El Periodo De 2000 - 2009. Tesis Universitaria; 2010.
10. Fernández-Viña Fernández AM, Valdés Arias C, Villar Fernández E, Díaz Corte C. Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del donante de vivo renal. Enferm Nefrológica. 2014;17:83-83.
11. Melguizo Herrera E, Ayala Medrano S, Grau Coneo M, Merchán Duitama A, Montes Hernández T, Payares Martínez C, et al. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena—Colombia. Aquichan. 1 de enero de 2015;14(4):537-48.
12. Rodríguez P, Dania M, González M, Ángeles M de los, González M, Salvador R, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. Rev Cuba Med Mil. junio de 2014;43(2):157-68.

13. Vista de Calidad de vida relacionada con salud en guardas de seguridad de Cartagena, Colombia [Internet]. [citado 24 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/673/635>
14. Hernandez-Huayta J, Chavez-Meneses S, Carreazo NY. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. octubre de 2016;33(4):680-8.
15. Brown DS, Thompson WW, Zack MM, Arnold SE, Barile JP. Associations Between Health-Related Quality of Life and Mortality in Older Adults. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. enero de 2015;16(1):21-30.
16. Salazar-Estrada JG, Martínez Moreno AG, Torres López TM, Beltrán CA, López-Espinoza A. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en trabajadores de manufacturas en Jalisco, México. *Arch Latinoam Nutr*. enero de 2016;66(1):043-51.
17. Blanco WGT, Hernández JJR, Naite OFA, Romero JSH, Linares YJ, Valdés YL. Health Condition And Its Perception In Cuban Workers Of Different Occupational Sectors. :10.
18. Rodríguez V, Méndez C, Rafael P, Fonseca Vs, Salvador R, Castillo R, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de los servicios de Cirugía y Ortopedia. 2018;6.
19. Cienfuegos OA, Aguirre AÁ, Barrera YB, Perales MS, Rodríguez VMH. Calidad de vida y obesidad en el personal de enfermería de una institución de salud de segundo nivel de atención / Quality of life and obesity in nursing staff of a second-level health institution of attention. *RICS Rev Iberoam Las Cienc Salud*. 11 de mayo de 2018;7(13):68-84.
20. Arbeláez JOM. Análisis del sector agroalimentario en Colombia – Bogotá Una mirada retro y prospectiva del sector periodo 2004 -2014. 2015;14.
21. Lozano C. Carlos Schmidt | Presidente Juan Carlos Álvarez | Vicepresidente Faber Arias Livi Betancur Luis Geovanny Cujar Eduardo Lleras Germán Paris Hugo Salcedo Gladys Vega Isabel Rocío Velosa. :12.
22. Quiénes Somos? [Internet]. [citado 9 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://sinaltrainal.org/index.php/home/quienes-somos>
23. Nieto Ramirez Ifiatun. Guia de entrenamiento para el personal operativo de la planta de produccion de Comestibles La Rosa S.A. en Dosquebradas Risaralda. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/122/TG6583125N677.pdf;jsessionid=9FC03157658F9E0043B5A42395B47889?sequence=1>
24. Arango ALV. NUEVAS DIMENSIONES DEL CONCEPTO DE SALUD: EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO. *Hacia Promoc Salud*. 2007;16.
25. La relacion entre la clase social y las desigualdades en salud: una aproximacion desde las nociones de los modos de vida y los factores criticos de exposicion.pdf [Internet]. [citado 5

de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.fes-sociologia.com/files/congress/10/grupos-trabajo/ponencias/362.pdf>

26. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La Salud en Colombia la construyes tú. [Internet]. Imprenta Nacional de Colombia; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaci>
27. Morbilidad [Internet]. EcuRed. [citado 24 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ecured.cu/Morbilidad>
28. Hábitos saludables, discapacidad y calidad de vida en personas con ansiedad y depresión tras el terremoto de Lorca. Un estudio caso-control - Dialnet [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154919>
29. Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Gastroenterol Hepatol. marzo de 2004;27(Supl.3):2-6.
30. Schwartzmann L. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. Cienc Enferm. diciembre de 2003;9(2):09-21.
31. Héctor I. García G, ; Claudia Y. Vera G, ; Luz H. Lugo A. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación de SF-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a04.pdf>
32. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales [Internet]. ResearchGate. [citado 24 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262519849_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_Elementos_conceptuales
33. Calidad de vida relacionada con la salud: Definición y utilización en la práctica médica [Internet]. ResearchGate. [citado 24 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/231315825_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_Definicion_y_utilizacion_en_la_practica_medica
34. Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol15_1_14/rst10114.htm
35. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. abril de 2005;19(2):135-50.
36. Herdman MJ. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. Gac Sanit. abril de 2005;19:91-2.

37. Beatriz Eugenia Botero de Mejía, María Eugenia Pico Merchán. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud (Cvrs) En Adultos Mayores De 60 Años: Una Aproximación Teórica. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
38. Decreto 1072 de 2015.pdf [Internet]. [citado 8 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/DUR+Sector+Trabajo+Actualizado+a+15+de+abril++de+2016.pdf/a32b1dcf-7a4e-8a37-ac16-c121928719c8>
39. Decreto 1443 de 2014.pdf [Internet]. [citado 9 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1443_sgsss.pdf/ac41ab70-e369-9990-c6f4-1774e8d9a5fa
40. Ley 83 de 1931 [Internet]. [citado 8 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1627577>
41. Gómez FR. Plan decenal de Salud Publica 2012-2021. :237.
42. Resolucion 839 de 2017.pdf [Internet]. [citado 8 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://achc.org.co/documentos/prensa/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf>
43. Estatutaria L. Ley Estatutaria 1751 de 2015. :13.
44. Resolucion 2346 de 2007.pdf [Internet]. [citado 9 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%202346%20DE%202007.pdf>
45. Ley 1562 de 2012 [Internet]. [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1562_2012.html
46. Resolucion 6045 de 2014.pdf [Internet]. [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.arlsura.com/files/res6045_14.pdf
47. Resolucion 2400 de 1979.pdf [Internet]. [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: <http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/Res.2400-1979.pdf>
48. Resolución 1016 de 1989 [Internet]. [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5412>
49. Resolucion 0312 Estandares Minimos Seguridad y Salud.pdf [Internet]. [citado 9 de abril de 2019]. Disponible en: https://id.presidencia.gov.co/Documents/190219_Resolucion0312EstandaresMinimosSeguridadSalud.pdf
50. Resolucion 8430 de 1993.pdf [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

51. Decreto 1317 de 2013.Pdf [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-4274_documento.pdf
52. Aguirre CPM. CAMBIO EN LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y FACTORES ASOCIADOS, EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNA 18 DE CALI. 2009-2010. :92.

ANEXOS

ANEXO 1

INVESTIGACIÓN MORBILIDAD Y CALIDAD DEVIDA EN RELACION A LA SALUD EN LA POBLACION TRABAJADORA AFILIADA A “SINALTRAINAL” DOSQUEBRADAS.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36¹**INFORMACION GENERAL**

Formulario No. _____

1.-	Género: Femenino ☐ Masculino ☐																																	
2.-	Edad (años cumplidos):																																	
3.	Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐																																	
4.	Escolaridad: <table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Técnica</td> <td>C</td> <td>I</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td>C</td> <td>I</td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td>C</td> <td>I</td> <td>☐</td> <td>Tecnológica</td> <td>C</td> <td>I</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Universitaria</td> <td>C</td> <td>I</td> <td>☐</td> </tr> </table> C: COMPLETA I: INCOMPLETA						Técnica	C	I	☐	Primaria	C	I	☐				☐	Secundaria	C	I	☐	Tecnológica	C	I	☐					Universitaria	C	I	☐
				Técnica	C	I	☐																											
Primaria	C	I	☐				☐																											
Secundaria	C	I	☐	Tecnológica	C	I	☐																											
				Universitaria	C	I	☐																											
5.	Tiempo de Vinculación en la empresa (años cumplidos).																																	
6.	Tipo de Régimen al que Pertenece: Nuevo Régimen ☐ Ley Antigua ☐																																	
7.	Sección donde trabaja _____ Cargo _____																																	
8.																																		
9.	Antigüedad en el cargo (años cumplidos):																																	
10.	Municipio Residencia: Pereira _____ Dosquebradas _____ Santa Rosa _____ Otro _____ (Cual): _____																																	

¹ Versión colombiana 1.2. Copyright © 1995 Medical Outcomes Trust All rights reserved.

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer normalmente sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es: (marque un solo número.)

1 " Excelente (100)

2 " Muy buena (75)

3 " Buena (50)

4 " Regular (25)

5 " Mala (0)

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?

MARQUE UN SOLO NÚMERO

1 " Mucho mejor ahora que hace un año (100)

2 " Algo mejor ahora que hace un año (75)

3 " Más o menos igual que hace un año (50)

4 " Algo peor ahora que hace un año (25)

5 " Mucho peor ahora que hace un año (0)

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL. MARQUE UN SOLO NÚMERO

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? (marque un solo número.)

- 1 " Sí, me limita mucho (0)
- 2 " Sí, me limita un poco (50)
- 3 " No, no me limita para nada (100)

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta? (marque un solo número.)

- 1 " Sí, me limita mucho (0)
- 2 " Sí, me limita un poco(50)
- 3 " No, no me limita para nada (100)

5. Su salud actual, ¿le limita para levantar o llevar las bolsas de compras?

- 1 " Sí, me limita mucho (0)
- 2 " Sí, me limita un poco (50)
- 3 " No, no me limita para nada (100)

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por las escaleras?

- 1 " Sí, me limita mucho (0)
- 2 " Sí, me limita un poco (50)
- 3 " No, no me limita para nada (100)

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 " Sí, me limita mucho (0)

2 " Sí, me limita un poco (50)

3 " No, no me limita para nada(100)

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas?

1 " Sí, me limita mucho (0)

2 " Sí, me limita un poco(50)

3 " No, no me limita para nada(100)

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar más de un kilómetro (10 cuadras)?

1 " Sí, me limita mucho (0)

2 " Sí, me limita un poco(50)

3 " No, no me limita para nada (100)

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar medio kilómetro (cinco cuadras)?

1 " Sí, me limita mucho (0)

2 " Sí, me limita un poco(50)

3 " No, no me limita para nada (100)

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar 100 metros (una cuadra)?

1 " Sí, me limita mucho (0)

2 " Sí, me limita un poco (50)

3 " No, no me limita para nada (100)

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 " Sí, me limita mucho (0)

2 " Sí, me limita un poco (50)

3 " No, no me limita para nada (100)

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha disminuido el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias normales, a causa de su salud física?

1 " Sí -0

2 " No - 100

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 " Sí -0

2 " No-100

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades, a causa de su salud física?

1 " Sí-0

2 " No-100

16. Durante las 4 últimas semanas, Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades. (Por ejemplo, le ha costado más esfuerzo, a causa de su salud física?

1 " Sí-0

2 " No-100

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a, nervioso/a o ansioso/a)?

1 " Sí-0

2 " No-100

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a, nervioso/a o ansioso/a)?

1 " Sí-0

2 " No-100

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades diarias normales con menos cuidado de lo usual, a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a, nervioso/a o ansioso/a)?

1 " Sí-0

2 " No-100

20. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?

1. Nada en absoluto (100)
2. Ligeramente (75)
3. Moderadamente (50)
4. Bastante (25)
5. Extremadamente (0)

21. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

1. Ninguno (100)
2. Muy poco (80)
3. Poco (60)
4. Moderado (40)
5. Mucho (20)
6. Muchísimo (0)

22. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

1. Nada en absoluto (100)
2. Ligeramente (75)
3. Moderadamente (50)
4. Bastante (25)
5. Extremadamente (0)

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A CÓMO SE SIENTE USTED Y A CÓMO LE HAN SALIDO LAS COSAS DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS. EN CADA PREGUNTA, POR FAVOR ELIJA LA RESPUESTA QUE MÁS SE APROXIME A LA MANERA COMO SE HA SENTIDO USTED. MARQUE UN SOLO NÚMERO

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se ha sentido lleno/a de vitalidad?

- 1 " Siempre (100)
- 2 " Casi siempre (80)
- 3 " Muchas veces (60)
- 4 " Algunas veces (40)
- 5 " Casi nunca (20)
- 6 " Nunca (0)

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo ha estado muy nervioso/a??

- 1 " Siempre (0)
- 2 " Casi siempre (20)
- 3 " Muchas veces (40)
- 4 " Algunas veces (60)
- 5 " Casi nunca (80)
- 6 " Nunca (100)

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?

- 1 " Siempre (0)
- 2 " Casi siempre (20)

3 " Muchas veces (40)

4 " Algunas veces (60)

5 " Casi nunca (80)

6 " Nunca (100)

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?

1 " Siempre (100)

2 " Casi siempre (80)

3 " Muchas veces (60)

4 " Algunas veces (40)

5 " Casi nunca (20)

6 " Nunca (0)

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido mucha energía?

1 " Siempre (100)

2 " Casi siempre (80)

3 " Muchas veces (60)

4 " Algunas veces (40)

5 " Casi nunca (20)

6 " Nunca (0)

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se ha sentido desanimado/a y triste?

1 " Siempre (0)

2 " Casi siempre (20)

3 " Muchas veces (40)

4 " Algunas veces (60)

5 " Casi nunca (80)

6 " Nunca (100)

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se ha sentido agotado/a?

- 1 " Siempre (0)
- 2 " Casi siempre (20)
- 3 " Muchas veces (40)
- 4 " Algunas veces (60)
- 5 " Casi nunca (80)
- 6 " Nunca (100)

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se ha sentido feliz?

- 1 " Siempre (100)
- 2 " Casi siempre (80)
- 3 " Muchas veces (60)
- 4 " Algunas veces (40)
- 5 " Casi nunca (20)
- 6 " Nunca (0)

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se ha sentido cansado/a?

- 1 " Siempre (0)
- 2 " Casi siempre (20)
- 3 " Muchas veces (40)
- 4 " Algunas veces (60)
- 5 " Casi nunca (80)
- 6 " Nunca (100)

32. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

MARQUE UN SOLO NÚMERO

- 1 " Siempre (0)
- 2 " Casi siempre (20)
- 3 " Muchas veces (40)
- 4 " Algunas veces (60)
- 5 " Casi nunca (80)
- 6 " Nunca (100)

¿CÓMO LE PARECE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES?

MARQUE UN SOLO NÚMERO

33. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 " Totalmente cierta (0)
- 2 " Bastante cierta (25)
- 3 " No sé (50)
- 4 " Bastante falsa (75)
- 5 " Totalmente falsa (100)

34. Estoy tan sano/a como cualquiera.

- 1 " Totalmente cierta (100)
- 2 " Bastante cierta (75)
- 3 " No sé (50)
- 4 " Bastante falsa (25)
- 5 " Totalmente falsa (0)

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 " Totalmente cierta (0)
- 2 " Bastante cierta (25)
- 3 " No sé (50)
- 4 " Bastante falsa (75)
- 5 " Totalmente falsa (100)

36. Mi salud es excelente.

- 1 " Totalmente cierta (100)
- 2 " Bastante cierta (75)
- 3 " No sé (50)
- 4 " Bastante falsa (25)
- 5 " Totalmente falsa (0)

ANEXO 2**AUTORIZACION COPIA DE HISTORIA CLINICA PARA TERCEROS**

Fecha De Solicitud: ____ - ____ - ____

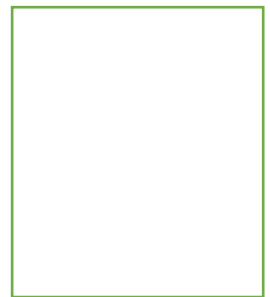
Yo, _____ identificado (a) con
cédula de ciudadanía número: _____, de _____,
Voluntariamente en pleno uso de mis facultades, autorizo a
_____, con cédula número:
_____, para solicitar y reclamar copia de mi historia clínica en la EPS

Acepto que para obtener copia de mi historia clínica la persona mencionada debe
presentar copia de mi documento de identidad y su correspondiente cédula de ciudadanía
original, con la cual se verificará que sea la persona autorizada.

Dirección

Teléfono

FIRMA Y HUELLA DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA



ANEXO 3**UNIVERSIDAD DEL VALLE****Universidad
del Valle****Escuela de Salud Pública.****Maestría en Salud Ocupacional****Informe de Consentimiento informado**

**MORBILIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL SINDICATO NACIONAL DE
TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA AGROALIMENTARIA “SINALTRAINAL”
SECCIONAL DOSQUEBRADAS ENTRE JULIO DE 2010 – JULIO 2018**

Se le solicita participar en la investigación sobre Salud y Enfermedad y la Calidad de Vida relacionada con la Salud en los trabajadores afiliados al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Agroalimentaria -Sinaltrainal- seccional Dosquebradas, dirigida por el MD. Juan Carlos Velasquez, profesor de la Universidad del Valle, y desarrollada por la Ft Gina Lema Fernández, estudiante de la Maestría en Salud

Ocupacional en la se espera hagan parte los 101 afiliados al sindicato seccional Dosquebradas, con tiempo estimado de participación de hora y media.

¿Cuál es el propósito de este informe de consentimiento?

Este Informe de consentimiento se da a usted para ayudarle a entender las características del estudio, de tal modo que pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al personal del estudio que le explique. Ellos le proporcionarán toda la información que necesite para que usted tenga un buen entendimiento del estudio.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

El objetivo es determinar las condiciones de Salud - Enfermedad y la Calidad de Vida relacionada con la Salud en los trabajadores afiliados a “Sinaltrainal” seccional Dosquebradas en los años 2010- 2018.

¿Cuál es la importancia del estudio?

El estudio pretende determinar la tendencia y el comportamiento de la Salud y Enfermedad y la percepción de la Calidad de vida en relación a la Salud en los trabajadores afiliados al Sindicato con el objetivo proporcionar información actualizada a la asociación para diseñar, mejorar o fortalecer programas, propuestas, intervenciones y/o estrategias en beneficio de la salud, el bienestar y la vida de los trabajadores.

¿Cuáles son los posibles riesgos?

Este estudio se tiene un potencial riesgo de confidencialidad ya que se requiere tener acceso a su historia clínica cuyo manejo quedará a cargo de la FT Gina Lema Fernández. El manejo de la información se hará de manera confidencial sin que personal del Sindicato o terceros tengan acceso a la información recolectada. Del mismo modo, la información recolectada en la encuesta sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud será manejada por la Fisioterapeuta encargada del desarrollo del estudio y se le dará el mismo manejo de confidencialidad como a la historia clínica.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar en el estudio clínico?

El principal beneficio que Usted recibirá por la participación en este estudio está encaminado a fortalecer los objetivos y proyectos del Sindicato al que pertenecen, pudiendo así mejorar las estrategias, propuestas e intervenciones de éste con el fin siempre de propender por la Salud y el bienestar del trabajador.

CONFIDENCIALIDAD DEL PARTICIPANTE.

Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio son los miembros del equipo de investigación. No se divulgará ninguna información sobre usted, ni la proporcionada por su historia clínica y la encuesta de Calidad de Vida relacionada con la Salud. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Su nombre no será registrado. Para tal efecto usted será identificado con un código numérico que solo conocerán los investigadores. No habrá compensación o sanción alguna por la participación o no en el estudio. Ud. como participante no asumirá gasto alguno para el desarrollo del

proyecto. En caso de haber información nueva, Ud. como participante tiene el derecho de acceder a ella. Si durante el desarrollo del estudio o posterior a él usted tiene alguna duda puede contactarse con el investigador que conduce este proyecto: MD. Juan Carlos Velásquez, teléfono 3154034179, con la FT Gina Lema Fernández, teléfono 3174692955 o dirigirse al Comité de Ética de la Universidad del Valle, teléfono 5185677. Su participación en esta investigación es voluntaria. Si decide participar, usted podrá voluntariamente retirarse del estudio en cualquier momento, esta decisión no tendrá ninguna consecuencia.

CONSENTIMIENTO DEL SUJETO DEL ESTUDIO.

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación. Yo estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Una vez firmado, se hará entrega de una copia de este consentimiento informado.

Ud. autoriza utilizar la información recolectada en otros estudios de investigación futuros, previa aprobación del Comité de ética, dando la opción de Acepto: SI___ o NO___