

Aspectos de la calidad de vida de la población adulta: comparativo por sexo. Medellín, 2005.

Doris Cardona Arango y Héctor Byron Agudelo.

Cita:

Doris Cardona Arango y Héctor Byron Agudelo (2007). *Aspectos de la calidad de vida de la población adulta: comparativo por sexo. Medellín, 2005. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ixjornadasaepa/135>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eqfA/AhK>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Aspectos de la calidad de vida de la población adulta: comparativo por sexo.

Medellín 2005

Autores

Doris Cardona Arango, Grupo de Investigación Demografía y Salud de la Universidad de Antioquia, Estudiante Doctorado en Demografía en la Universidad Nacional de Córdoba.

Dirección electrónica: doriscar@guajiros.udea.edu.co

Héctor Byron Agudelo García. Grupo de Investigación Demografía y Salud de la Universidad de Antioquia Universidad de Antioquia, Medellín. Dirección electrónica:

bagudelo@guajiros.udea.edu.co

Resumen

Objetivo. Comparativo de los aspectos económicos, condiciones de salud, seguridad social, entorno físico, sociales y personales de hombres y mujeres de 20 a 64 años de Medellín en el 2005, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor del mañana.

Métodos. Estudio poblacional descriptivo, con componente transversal y longitudinal; el transversal para la fuente de información primaria, constituida por dos muestras: 659 hombres y 683 mujeres, que representaron a 523.705 y 651.704, respectivamente, según factores de expansión poblacional; seleccionados con muestreo complejo probabilística, estratificado, por conglomerados y polietápico seleccionando manzanas, viviendas y personas; el longitudinal retrospectivo se utilizó en el análisis de las condiciones de salud: mortalidad en los años 1994 a 2003 y morbilidad por consulta externa, urgencias y hospitalización entre 1999 y 2001.

Resultados. El ingreso promedio es de un salario mínimo legal vigente y el 53,5% son trabajadores; el 14% de las mujeres y el 7% de los hombres no tienen ninguna fuente de ingresos y el 41% no posee patrimonio. El 10% de los adultos que presentaron dolencias no acudió a los servicios de salud y el 16% se automedicó; la tasa promedio de mortalidad entre 1994 a 2003 fue de 497 por cien mil habitantes y el 47% por causas externas con un riesgo de 3,5 para los hombres. El 84% de la población está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud; el 46% de los hombres y el 27% de las mujeres están afiliados a un fondo de pensiones y a una administradora de riesgos profesionales el 41% de los hombres y el 20% de las mujeres; se han accidentando el 5% de los que laboran. Las coberturas de servicios públicos habilitados son inferiores a las instaladas, siendo las viviendas de las mujeres adultas las que registran menor funcionamiento. La satisfacción del ser humano con los diferentes

aspectos analizados en este estudio mostraron variaciones a medida que se ascendió en el estrato socioeconómico de la ciudad; es decir, la percepción sobre uno u otro aspecto estaba mediado por la condición socioeconómica de la vivienda, más no estaba muy influido por condiciones biológicas (sexo, edad), psicológicas (tristeza), de salud (enfermedad, discapacidad), sociales (estado civil, rol, violencia).

Conclusiones. La calidad de vida actual es explicada por aspectos personales y de seguridad social (subjetivos o satisfacción con la vida), el entorno físico y los económicos (objetivos o condiciones de vida), evidenciándose diferencias en las condiciones de vida pero no en la satisfacción con la vida, según el sexo.

Introducción

La evolución del concepto “calidad de vida” ha pasado de medir el bienestar a interesarse por el nivel de vida, las condiciones de vida, y más recientemente la calidad de vida, es un concepto vago, etéreo, polivalente y multifactorial, cuyas acepciones principales se han dado desde saberes económicos, filosóficos, médicos, éticos, sociológicos, políticos y ambientales.

(1) Amartya Sen brinda otra posibilidad para la determinación del bienestar: la obtención de la libertad medida a través del desarrollo de las capacidades.(2) Según Max Neef, en las definiciones aceptadas de calidad de vida se observa un relativismo socioeconómico y cultural que puede llevar a inequidades en su medición o evaluación; reconoce los aspectos positivos de su evaluación pero el riesgo de obtener mediciones diferentes para situaciones objetivas similares, debido a expectativas reducidas por desconocimiento o falta de acceso a otros referentes.(3)

La calidad de vida es una definición imprecisa y la mayoría de investigaciones que han trabajado en la construcción del concepto están de acuerdo en que no existe una teoría única que la defina, pertenece al universo ideológico, no tiene sentido sino en relación con un sistema de valores, y es la valoración de su propia vida tienen los sujetos. Tal evaluación no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento, lo que mejor designa la calidad de vida es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos.(4)

La Organización Mundial de la Salud definió la calidad de vida como: “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”⁽⁵⁾. Es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y relaciones con el ambiente.⁽⁶⁾ A medida que se aumentan los

años, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía (capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias) y la independencia (capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, capacidad de vivir recibiendo poca ayuda o ninguna, de los demás).^(5;7)

En este estudio, se entendió la calidad de vida como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y solo se pueden mirar a través de los interesados). (8;9)

Para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor del mañana se realizó un comparativo de los aspectos económicos, condiciones de salud, seguridad social, entorno físico, sociales y personales de hombres y mujeres de 20 a 64 años de Medellín en el 2005, puesto que el ciclo vital está compuesto de una compleja matriz de influencias que lo llevan por etapas donde asume múltiples roles y requiere de la satisfacción de necesidades en aspectos decisivos para su bienestar y calidad de vida.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio poblacional descriptivo de componente transversal y longitudinal. En el transversal se utilizó fuente de información primaria, constituida por dos muestras: 659 hombres y 683 mujeres, de 20 a 64 años de edad residentes en la ciudad de Medellín en el año 2005, quienes a través de factores de expansión poblacional representaron a 523.705 y 651.704, respectivamente. El longitudinal retrospectivo se utilizó en el análisis de las condiciones de salud: mortalidad en los años 1994 a 2003 y morbilidad por consulta externa, urgencias y hospitalización entre 1999 y 2001, con fuente de información secundaria de los 56.541 certificados de defunción registrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) de la Secretaría de Salud Municipal.

La población de referencia estaba conformada por 2.088.245 habitantes de la ciudad y la de estudio fueron los adultos entre 20 y 64 años residentes en la zona urbana (10), equivalente a 1.245.718 (59,7 %) personas distribuidas entre 549.214 (44,1 %) hombres y 696.504 (55,9 %) mujeres.

Las muestras fueron obtenidas mediante un muestreo probabilístico complejo o mixto, con diseño estratificado, por conglomerados y polietápico. Probabilístico porque todos los

adultos de 20 a 64 años tuvieron una probabilidad de selección, conocida y mayor que cero; estratificado según estrato socioeconómico de la vivienda; por conglomerados construidos por las manzanas, según la distribución urbana de la ciudad; polietápico donde en la primera etapa se seleccionaron las manzanas según estrato socioeconómico predominante del barrio, en la segunda etapa se seleccionaron las viviendas de cada manzana y en la tercera etapa se seleccionó a la persona, hombre o mujer, en el rango de estudio.

Para el cálculo del tamaño muestral de cada grupo (hombres y mujeres), se utilizó la fórmula para una proporción en población finita con un nivel de confianza $1-\alpha=95\%$, un error del 4% y con $p=0,5$ pues no se conoce la proporción de población adulta que goza de buena calidad de vida, quedando conformada por 600 personas de cada sexo. Para efectos de controlar las pérdidas en la recolección de la información por no respuesta, viviendas deshabitadas, rechazo a responder la encuesta, conflicto urbano, entre otros, cada muestra se incrementó en un $12,5\%$ quedando constituida por 675 personas cada una.

En el diseño muestral, se utilizó la información del Departamento Administrativo de Planeación Municipal (10;11) y Secretaría de Hacienda Municipal (12) para el año 2002: la ciudad tenía en su zona urbana, 16 comunas, 11.510 manzanas, 06 estratos socioeconómicos, 592 641 viviendas, 51 viviendas en promedio de por manzana y 03 personas por vivienda.

La distribución de las manzanas se hizo con afijación proporcional (13) al número promedio de hombres y mujeres en el rango de edad en estudio que residen en cada estrato socioeconómico, utilizando el listado de manzanas como marco muestral con el nivel socioeconómico predominante del barrio y en ellas se realizó muestreo sistemático aleatorio. Se tomaron cinco personas por manzana (hombres o mujeres según la selección), calculando que en cada vivienda por lo menos un habitante de cada cuatro es un hombre entre 20 y 64 años de edad, y una de cada tres es una mujer en el mismo rango de edad.

El instrumento de recolección de información consistió en un cuestionario diseñado por los investigadores y aplicado por encuestadores contratados por la Universidad de Antioquia. En su diseño, ejecución y análisis se tuvieron consideraciones éticas como el artículo 15 de la Constitución Nacional (14), consentimiento informado según la Resolución 8430 de 1993 (15) y los Comités de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública y de la Universidad de Antioquia, manipulación de la información por parte de los investigadores, y la investigación no generó ningún impacto en el ambiente ni en la salud humana; durante la recolección de la información, el análisis y difusión de resultados, se tuvo especial cuidado de no generar falsas expectativas en la población encuestada.

En el proceso de estimación se utilizó el factor básico de expansión el cual restituye aproximadamente los valores absolutos del universo estudiado, corrigiendo el efecto de las diferentes probabilidades (16;17). Por diseño, un adulto tiene similar probabilidad final de selección e igual factor básico de expansión por compartir el número de manzanas por estrato socioeconómico, por comuna, por barrio, por número promedio de viviendas por manzana y por haber tomado cinco viviendas de cada manzana. Sin embargo, la cobertura de cada muestra (hombres y mujeres independientes) por estrato socioeconómico de las viviendas originó probabilidades finales desiguales de las muestras que fueron corregidas por dos factores: composición familiar diferente por barrio y comuna de la ciudad, entre tres y cuatro personas conforman un hogar; aporte porcentual diferente de los hombres (44 %) y mujeres (56 %) a la estructura poblacional, que corrigen el eventual sesgo y permite mantener el objetivo de inferir los resultados a la población de estudio.

El análisis fue univariado, bivariado y multivariado; el univariado se utilizó para las características de persona, tiempo y lugar a través del cálculo de frecuencias, porcentajes, tasas globales y específicas e intervalos de confianza del 95 %, para algunos indicadores; también se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y las medidas de tendencia central, de posición y de dispersión. El bivariado se utilizó para identificar la asociación no causal y comparación por sexo de algunas características, a través de la prueba estadística chi cuadrado de independencia de Mantel y Haenzel, diferencia de medias con la prueba Z o la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes según la distribución de la variable. El multivariado se utilizó para hacer el análisis más detallado de las características de los diferentes aspectos analizados, se hizo un análisis factorial con el método de componentes principales y con rotación Varimax que minimiza el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor extraído,^(18;19) con el fin de determinar aquellos aspectos que aportan en mayor medida a la calidad de vida de las personas.

Resultados

Aspectos demográficos. La población adulta de Medellín, con edades entre 20 a 64 años de edad, expandida a 523 705 hombres y 651704 mujeres, se distribuyó proporcionalmente según la clasificación socioeconómica de las viviendas residenciadas, tomada en esta investigación como variable proxy o subrogada (20) del nivel económico alcanzado por las personas. En este sentido, el 32,3 % de los adultos, hombres y mujeres, pertenecen al estrato medio bajo, el 29,9 % al nivel bajo, el 15,9 % al medio, el 8,7 % al bajo bajo y, solo el 13,3 %

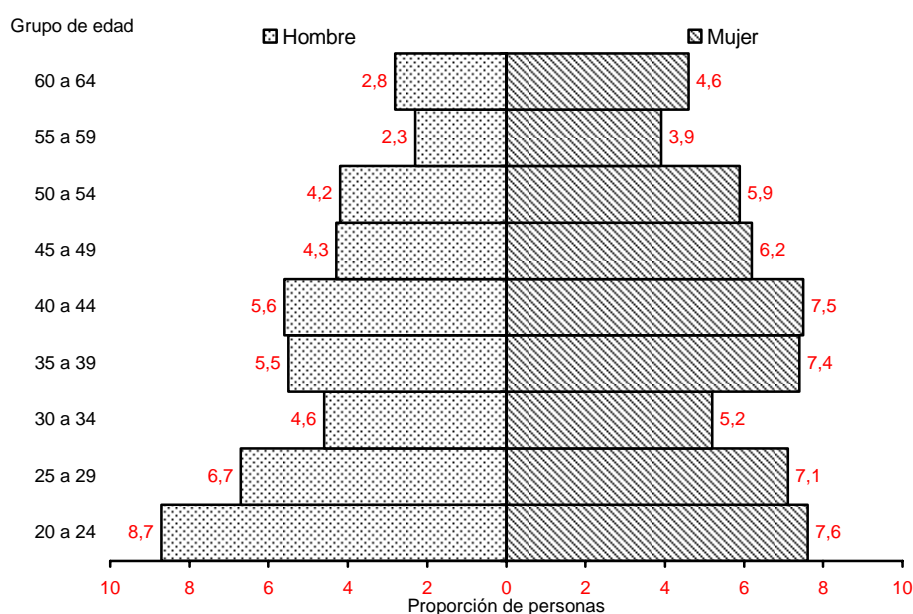
viven en estratos medio alto y alto; es decir, el 71 % de la población adulta de Medellín reside como máximo en el estrato 3.

Presentan una edad media global de 38,9 años y una desviación de 12,7 años; la edad más frecuente fue de 21 años. La variable edad presentó una distribución no normal de forma asimétrica a la derecha y platicúrtica; por esta razón se analizó por sexo la edad mediana, así los hombres presentaron 38 años y la más común fue de 21 años; las mujeres registraron 40 años, a la vez la más frecuente.

Al comparar el promedio de la edad de la población según sexo se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa ($U= 207.208$; $p=0,012$); es decir, las mujeres adultas presentan mayor edad que los hombres, situación comprensible si se conoce que en Medellín se registró un mayor número de defunciones de hombres jóvenes y adultos jóvenes en la década de los noventa, hecho que introdujo una muesca en la pirámide poblacional afectando principalmente a los grupos de 30 y más años, cambiándose así la estructura poblacional por edad y sexo, y las demás variables de la dinámica poblacional, como nacimientos, matrimonios, defunciones, migraciones, entre otras.

Al categorizar la edad por grupos quinquenales, se halló que el 45 % de la población masculina se agrupa en edades menores a 34 años, siendo más evidente en el grupo de 20 a 24 años con el 19,6 % y de 25 a 29 años con el 15,1 %; las mujeres aventajan a los hombres en los demás grupo de edad, principalmente las mujeres con edades entre 45 a 49 años con el 11,2 %, de 50 a 54 años representan el 7,1 % y de 60 a 64 años con el 8,3 %.

Figura 1. Población adulta según sexo por grupo de edad. Medellín, 2005



En el estado civil según sexo se encontró que los hombres solteros eran el 41 %, seguidos de los casados con el 35,3 % y en unión libre el 17 %; las mujeres tenían la condición civil de casadas el 40,2 %, solteras el 32,4 % y en unión libre el 15,1 %. Los separados, divorciados y viudos de la ciudad son en mayor medida de sexo femenino, frente a los hombres en estas mismas condiciones, al hallar que las mujeres separadas o divorciadas equivalen al 7,1 % y viudas al 5,2 %; mientras los hombres separados o divorciados fueron el 5,6 % y viudos el 1,2 %.

Las adultas residentes en la ciudad en el año 2005, son cohortes de generaciones nacidas entre los años 1941 y 1985; corresponde a personas que actualmente tienen entre 20 y 64 años de edad. La generación de personas de mayor proporción entre los residentes nacidos, fue en el quinquenio de 1981 a 1985 o población de 20 a 24 años actualmente, con el 16,3 % y le siguen los nacidos en los años 1976 a 1980 con el 13,8 %, entre 1961 a 1965 con el 13,2 % y 1966 a 1970 el 12,9 %. La inmigración fue diferente entre hombres y mujeres, según el quinquenio de nacimiento, mientras las mujeres llegaron y se residenciaron en la ciudad en forma constante, los hombres lo hicieron en mayor medida después del año 1976. Se dio un cambio positivo en la tendencia de inmigración en los nacidos entre 1971 y 1975, similar en hombres y mujeres.

Medellín es considerada una ciudad receptora de población inmigrante, pero también desplaza personas hacia otros lugares que emigran en busca de un futuro mejor; en este sentido, el porcentaje que emigró fue del 46,7 % y la que inmigró fue del 52 %, lo que significa que el número de habitantes de la ciudad se vio incrementando en un 5,3 % por concepto de la variable demográfica migración; si se proyecta en el tiempo se estará hablando de mayores demandas institucionales en materia de salud, servicios públicos, seguridad social, entre otras.

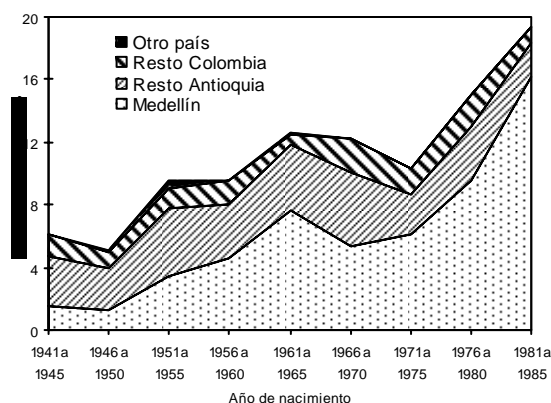
La migración de la población se constituye en una fuente de información sobre los movimientos internos, desplazamientos y urbanizaciones de las ciudades que a lo largo del tiempo van reorganizando las dinámicas sociales, institucionales y territoriales, por el flujo e incremento de sus habitantes. El 55,8 % de los hombres y el 51,3 % de las mujeres nacieron en Medellín, equivalente al 53,3 % (IC95%: 46,9-59,8) del total de personas entre 20 y 64 años de edad de la ciudad y de éstos, el 89,1 % ha vivido todo el tiempo en la ciudad y el 10,9 % se ha desplazado por otras ciudades pero han regresado a su ciudad natal.

El 46,7 % restante nació en: municipios de Antioquia el 30,7 % de los hombres y el 34,8 % de las mujeres; en otros municipios del país nació el 12,6 % de hombres y el 13,7 %

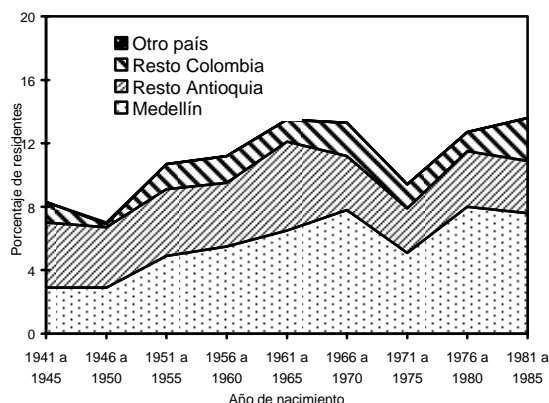
de mujeres y fuera del país nació el 0,8 % de la población de sexo masculino y el 0,1 % del sexo femenino. **Figura 2.**

Figura 2. Población adulta residente, según lugar y año de nacimiento. Medellín, 2005

Hombres



Mujeres



De las 651 704 mujeres de 20 a 64 años, el 71,5 % han tenido hijos vivos, la tasa global de fecundidad se ubicó en 1,9 hijos nacidos vivos por mujer y en 2,8 el promedio de hijos nacidos vivos por mujer. El 66,4 % de las mujeres han tenido en promedio 3,1 nacidos vivos de sexo masculino (máximo 11) y el 63,9 % de ellas han tenido en promedio 2,9 nacidos vivos de sexo femenino (máximo 10).

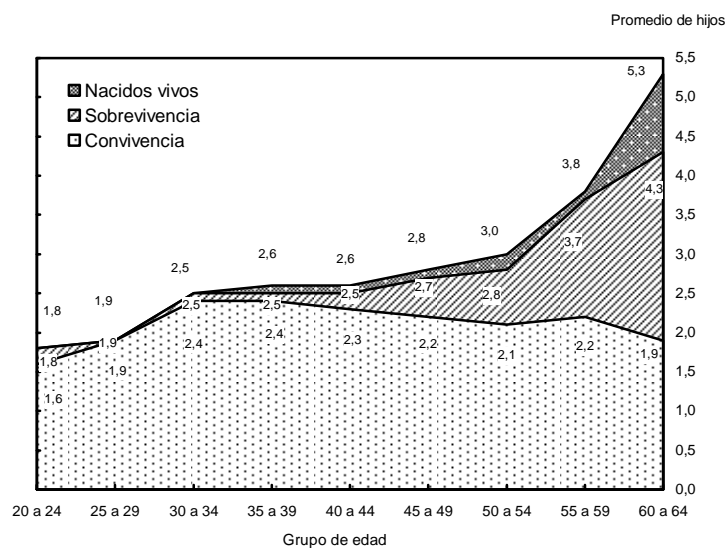
Las tasas específicas de fecundidad reflejan el comportamiento esperado; las mujeres de menor edad tienen menos hijos que las de mayor edad, en este caso se observó que el 25,6 % de las mujeres de 20 a 24 años han tenido en promedio 1,8 hijos vivos en su vida; el 53,7 % de 25 a 29 años han tenido en promedio 1,9 hijos vivos; el 55,6 % de las mujeres de 30 a 34 años han tenido 2,5 hijos en promedio; el 67,7 % de 35 a 39 años, han tenido en su vida 2,6 hijos en promedio; de 40 a 44 años son madres el 68,5 % y tiene 2,6 hijos; de 45 a 49 años, el 67,6 % han tenido 2,8 hijos nacidos vivos en promedio en toda su vida ; el porcentaje promedio más alto de mujeres que han tenido hijos se dio entre las de 50 a 54 años con el 69,5 % con 3,0 hijos; el 67,6 % de las mujeres de 55 a 59 años tuvieron 3,7 hijos; por último, el 60,9 % de las de 60 a 64 años tuvieron 5,3 hijos en promedio. **Figura 3.**

De los hijos nacidos vivos de las mujeres de 20 a 64 años de la ciudad, sobreviven en promedio de 2,7 hijos para el 58 % y dos hijos al 56 % de ellas; es decir, de cada tres mujeres, a dos de ellas le sobreviven dos hijos como mínimo. Existe correlación positiva estadísticamente significativa entre el número de hijos vivos y la edad de la madre, según el

coeficiente de correlación de Pearson ($\rho=0,373$; $p=0,000$), a medida que aumenta la edad de la mujer aumenta el número de hijos vivos. **Figura 3.**

El 54,7 % de las madres conviven actualmente con sus hijos, en promedio viven con 2,1 hijos; las madres de 20 a 24 años son las que menos hijos tienen viviendo con ellas, situación comprensible puesto que a menor edad menor número de hijos, se registró un 24,7 % en este grupo de edad, en el grupo de 25 a 29 años convive con sus hijos el 52,8 % y así asciende la proporción de mujeres que conviven con sus hijos hasta el 68,1 % de mujeres de 40 a 44 años; a partir de esta edad, la proporción baja al 60,4 % y nuevamente crece hasta el 65,6 % de las mujeres de 55 a 59 años; es llamativo el grupo de madres de 60 a 64 años solo convive con sus hijos el 34,5 %, cambiando la tendencia al crecimiento que se traía desde los 45 años de edad. **Figura 3.**

Figura 3. Promedio de hijos nacidos vivos, que sobreviven y conviven actualmente con las mujeres de 20 a 64 años, según grupo de edad. Medellín, 2005



Aspectos económicos. Entre las características económicas de estas dos poblaciones, asociadas a sus condiciones de vida, está la actividad habitual; en el último mes, la proporción de ocupación fue del 53,5%, el 70% de los hombres y el 41% de las mujeres estuvieron laborando, siendo mayor la proporción de hombres que laboran frente a la proporción de mujeres que laboran, en un 28,9% oscilando entre 28,7% y 29,1%. A medida que aumentó la posición económica del hogar se aumentó la proporción de personas que laboran, así como la proporción estudiantil y disminuyeron los desempleados en busca de trabajo y las personas dedicadas a los oficios del hogar; esto puede estar mostrando la inserción de la población femenina en la fuerza laboral para el sostenimiento del hogar y, la disminución en la

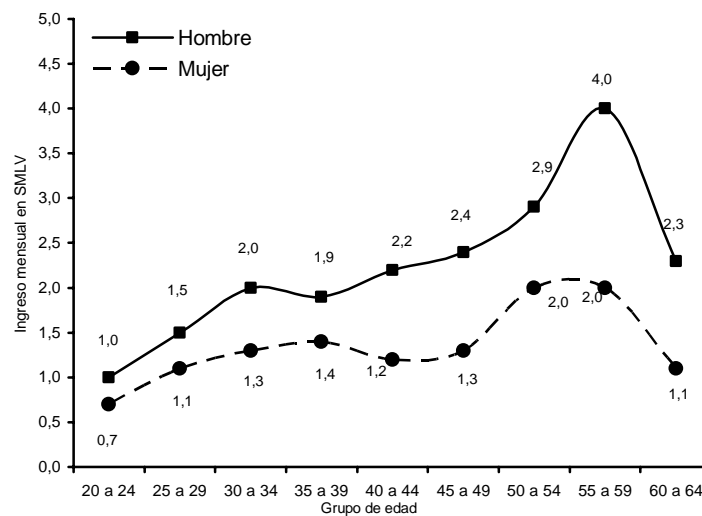
composición familiar, puesto que disminuyó el número de hijos a medida que se aumentó el estrato socioeconómico de la vivienda.

El 52% de los adultos masculinos son empleados dependientes y el 37% empleados independientes, posiblemente esta última condición hace que un 43% labore sin contrato de trabajo. Para el 56% de los hombres, sus ingresos los derivó del sueldo o salario que recibe por la prestación de su fuerza de trabajo en la actividad económica del país y el 15,7% lo hace a través de los aportes de sus familiares; el ingreso total en el último mes presentó una mediana de \$420.000, el 59% presentó algún patrimonio representado principalmente en propiedad raíz o vehículo y aproximadamente dos personas dependen económicamente de él. El 49% de la ocupación laboral femenina es de empleadas dependientes y el 36% empleadas independientes y lo hacen sin contrato de trabajo el 51% de ellas. El 36% de las mujeres adultas perciben ingresos a través de fuentes informales como lo son los aportes familiares y el 33% a través del sueldo o salario; para el 50% de la población femenina el salario ascendió a \$350.000 o menos; el 58% registró algún patrimonio representado principalmente en propiedad raíz y vehículo, pero presenta una superioridad proporcional en lo relacionado a las rentas a sabiendas que solo una de cada tres mujeres percibe ingresos salariales.

Un 11% de la población adulta de la ciudad no tiene ninguna fuente de ingresos, las mujeres sin ingresos totales en el último mes fueron el 14% y los hombres el 7%; esto equivale a decir, que por cada hombre sin ingresos mensuales existen dos mujeres en la misma condición, que les garanticen un nivel de vida aceptable y una calidad de vida digna. Si se adicionan las personas que derivan sus ingresos de fuentes familiares, entonces se tiene un 38% de personas entre 20 y 64 años que no tienen ingresos regulares ni programados, en las mujeres esta proporción asciende al 50% y en los hombres al 22%. **Figura 4.**

Condiciones de salud. Según la morbilidad sentida, el 25% de los hombres adultos de la ciudad presentó alguna enfermedad, accidente o algún otro problema de salud en el último mes, pero sólo el 15% consultó a un profesional de la salud; es decir, el 10% de la población masculina que percibió alguna molestia en su salud no consultó; más aún, el 19% del total de adultos masculinos usó medicamentos sin que fuesen recetados por médico u odontólogo. El 32% de la población adulta femenina de la ciudad presentó enfermedad o accidente en el último mes y el 22% acudió a consulta con algún profesional; igualmente, el 10% de las mujeres que percibieron problemas de salud no consultaron a galeno alguno y el 15% consumió medicamentos sin que mediara previamente una consulta médica u odontológica

Figura 4. Ingresos totales en el último mes de los adultos de la ciudad según sexo por grupo de edad. Medellín, 2005



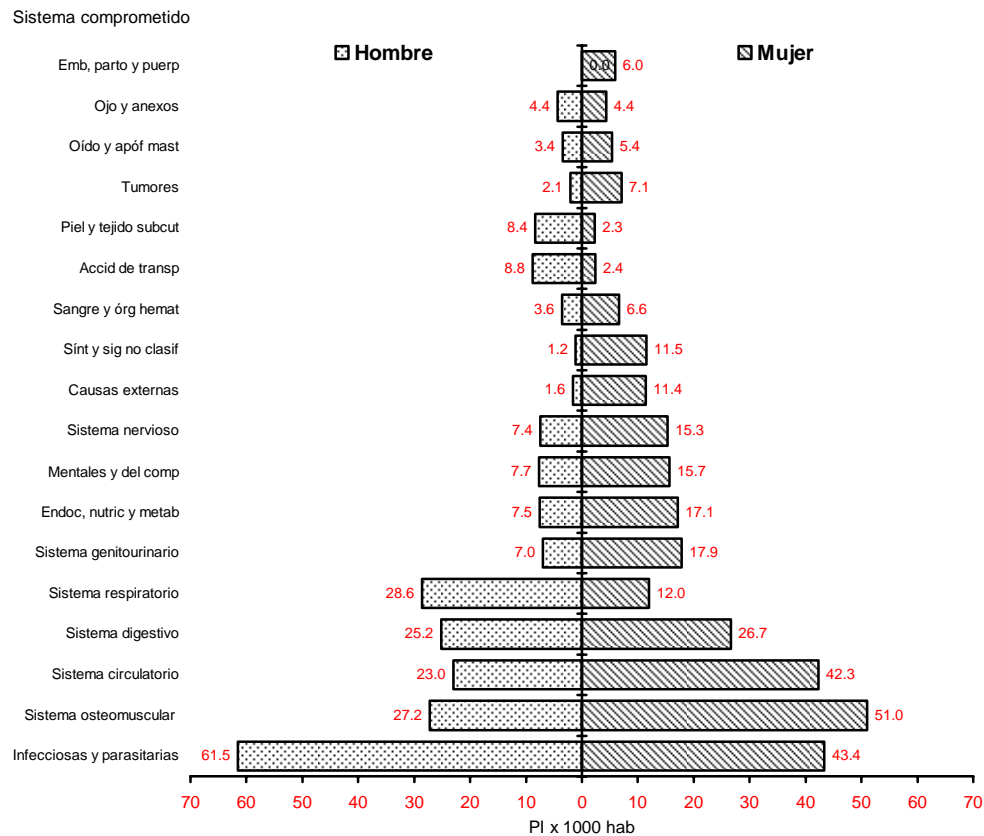
El 72,4% de la morbilidad sentida por los hombres de 20 a 64 años en el último mes, se distribuyó entre signos, síntomas, dolencias y sensaciones dolorosas que afectan cinco (5) sistemas del cuerpo humano, así: enfermedades infecciosas y parasitarias, del sistema respiratorio, del sistema osteomuscular y del tejido, del sistema digestivo y del sistema circulatorio. Las mujeres que presentaron alguna enfermedad en el último mes distribuyeron el 60,7% de enfermedades en cinco (5) principales sistemas orgánicos, así: sistema respiratorio, infecciosas y parasitarias, del sistema osteomuscular y del tejido, del digestivo y causas externas relacionadas con accidentes de transporte. **Figura 5.**

En la década de 1994 a 2003 la tasa promedio de mortalidad para la población adulta fue de 497 fallecimientos por cien mil habitantes en edades de 20 a 64 años; la más alta se presentó en el año 1994 con 638 fallecimientos por cien mil habitantes y la más baja en el 2003 con 362 muertes por cien mil. Los hombres presentaron un riesgo de morir 3,5 veces el riesgo de las mujeres, siendo el más alto en el año 1994 con 4,3 y el grupo de edad de mayor riesgo fue el de 60 a 64 años. **Figura 6.**

Según la lista OPS 6/67, el 58,7% de los hombres adultos fallecidos tuvieron su origen en una causa externa en su deceso y el 10,6% derivadas de enfermedades del sistema circulatorio; las defunciones de las mujeres adultas tuvieron como su origen en los tumores o neoplasias en un 28,9% seguidas por el 20,9% de enfermedades del sistema circulatorio. Esta información muestra el mayor riesgo al que están expuestos los hombres de morir por causa violenta inflingida o autoinflingida que las mujeres (OR=7,73) y las mujeres presentan un

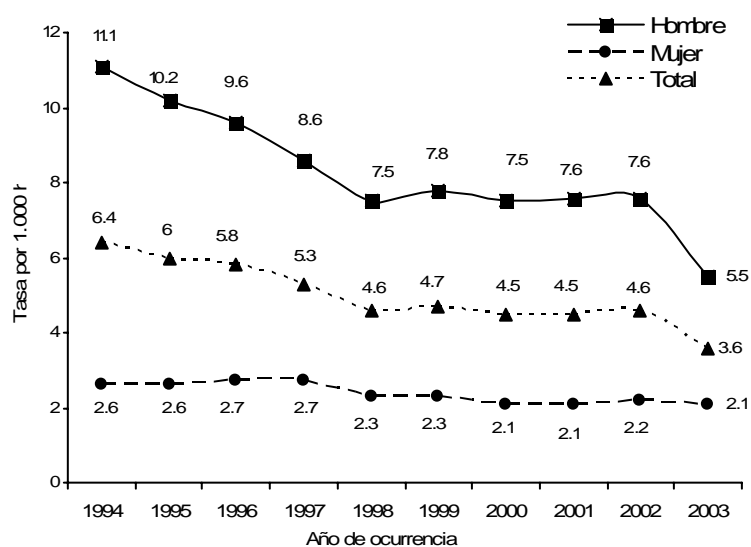
riesgo mayor que los hombres de morir a causa de tumor o neoplasia (OR=4,66); también el riesgo de morir por enfermedades transmisibles es del 30% más alto en los hombres (OR=1,30).

Figura 5. Proporción de incidencia de la morbilidad sentida en el último mes según sexo, por sistema comprometido. Medellín, 2005



La ganancia en años de esperanza de vida es mayor en los hombres que en las mujeres, sobre todo en los años del adulto joven; a partir de la etapa del adulto medio no se registra ganancia alguna y se conserva estable hasta terminar el período; mientras la esperanza de vida de las mujeres decrece a partir de los 50 años de edad y pierde un año cuando llega al grupo de 60 a 64 años.

Figura 6. Tasas de mortalidad de la población adulta según sexo por año de ocurrencia. Medellín, 1994-2003



Seguridad social. El 84% de los hombres se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 59% hace parte del régimen contributivo y el 20% al régimen subsidiado, como vinculado permanece el 4% y las razones que se esgrimen para no hacerlo es la falta de un empleo estable o por falta de dinero. Es decir, el 16,5% de los adultos de 20 a 64 años de edad no está afiliado al SGSSS. El 85% de las mujeres adultas de Medellín están afiliadas al SGSSS de las cuales el 58% pertenece al régimen contributivo y el 23% al régimen subsidiado, el 3,5% es población vulnerable y no afiliadas está el 15%, entre las razones atribuibles a la no afiliación están relacionadas con la falta de trabajo en una empresa y falta de dinero.

A fondos de pensiones se encuentra afiliado el 46% de los hombres adultos y un 41% está en una administradora de riesgos profesionales; es llamativo que el 26,5% de las mujeres adultas esté afiliada a un fondo de pensiones y el 19% tienen administradora de riesgos profesionales. La diferencia de proporciones en la afiliación de hombres y mujeres es de 19,5% respecto a las pensiones y el 21% a una administradora de riesgos profesionales. Por accidente de trabajo se afectó el 5% de la población adulta y el 2% por enfermedad profesional.

Entorno físico. La tenencia de la vivienda donde habita la población adulta masculina de la ciudad es del 56,3% en calidad de propietario y una de cada tres es arrendada; las paredes son predominantemente en ladrillo o bloque (95%), el piso en baldosa y cemento (69%), el techo

está construido en cemento (65%) y una de cada tres tiene teja de barro; posee los servicios públicos de recolección de basuras (97%) además de tener habilitado: energía (96%), acueducto (95%), alcantarillado (96%), teléfono (91%), televisión por cable (58%), celular (44%), gasoducto (43%) e Internet (22%). Las residencias de la población adulta femenina hace parte de su patrimonio al ser propietarias en un 56% y al igual que sucede en la población masculina, la tenencia como arrendadores se da en una de cada tres viviendas. Los materiales con que está construida, es en mayor proporción las paredes de ladrillo o bloque (97%), el piso en baldosa o cemento (71%), el techo en cemento (68%); la recolección de las basuras tiene una cobertura del 99%, y tener habilitado los servicios públicos de: energía (92%), acueducto (92%), red de alcantarillado (92%), telefonía (87%), televisión por cable (55%), redes de gas (39%), celular (38%) e internet (21%).

Se presentan diferencias en la utilización de los medios de transporte, entre hombres y mujeres, para desplazarse por la ciudad; el 54,6% de los adultos utiliza el bus o colectivo pero las mujeres lo utilizan un 12% más que los hombres, el vehículo particular es usado por un 12% de las personas de 20 a 64 años pero los hombres lo utilizan un 8% más que las mujeres, los vehículos públicos tipo taxi es utilizado por el 9,4% del total de adultos pero las mujeres tienen un 7% más uso, y las motos son utilizadas por el 7,3% pero la diferencia entre la proporción de hombres que utilizan este medio frente a la proporción de mujeres es de 9%.

Aspectos sociales. El 57,4% de los hombres adultos ocupan la posición familiar de jefe de hogar, mantiene relaciones cordiales con los demás miembros del hogar en un 91% y en igual proporción se siente respaldado por ellos cuando requiere de su apoyo. De las redes de apoyo social secundarias, el 82% está satisfecho con el acompañamiento de sus amigos y el llamativo que solo el 24% participe en organizaciones comunitarias principalmente en actividades deportivas o religiosas. Las mujeres cabeza de familia equivalen a una proporción del 34%, pero su desempeño protagónico en el hogar es principalmente en el rol de cónyuge o compañera del jefe de hogar para un 38% de las mujeres adultas de la ciudad; el 90% de ellas sostiene relaciones buenas y excelentes con los demás miembros de su hogar y se sienten satisfechas con el apoyo recibido por ellos en un 87%. Respecto a la satisfacción con el apoyo recibido de los amigos, el 78% de las mujeres están satisfechas con ellas y el 25% participa en organizaciones comunitarias como grupos religiosos, principalmente.

Las mujeres adultas que ocupan la posición de jefes de hogar es la más deteriorada que sus homólogos masculinos, pues se observan diferencias en el ingreso total del último mes, mientras el 10% de los hombres adultos reciben cien mil pesos o menos, esta misma

proporción de mujeres percibe cinco mil pesos y así se conserva esta diferencia persiste hasta el 80% donde se igualan los ingresos de los jefes de hogar en un millón de pesos o menos.

Aspectos personales. El 58% de los hombres adultos de la ciudad practican actividad física, el 54% con una periodicidad semanal y el 35% lo hacen diariamente; el 43% de las mujeres adultas realizan actividad física y de ellas el 53% lo hace semanalmente y el 35% diariamente. En promedio practican tres horas cuando la regularidad es semanal y dos horas cuando lo hacen todos los días.

El consumo de sustancias psicoactivas es principalmente de alcohol, cigarrillo y marihuana, también consumen otras sustancias pero de forma esporádica. El alcohol es consumido por el 60% de las personas de 20 a 64 años, siendo mayor la proporción de hombres consumidores que la proporción de mujeres consumidoras en un 27%, pero el 48% lo usa de forma ocasional. El cigarrillo es utilizado por el 38% de los adultos y la diferencia entre el consumo de hombres frente al de mujeres es del 9%, el 14% lo consumen de forma habitual y la marihuana es usada por el 10% de los adultos, con una diferencia de 4% entre el consumo masculino del femenino y su uso es de forma ocasional.

Valoración de la calidad de vida. Los seis aspectos de calidad de vida analizados en esta investigación: económicos, sociales, personales, de seguridad social, de condiciones de salud y del entorno físico, además de la calidad de vida actual fueron calificados por los hombres y mujeres de 20 a 64 años, en una escala de dos niveles: bien y regular o mal. En la valoración de los aspectos analizados, no se presentó ninguna diferencia significativa según la condición de hombres o mujer de la ciudad. En general todos los aspectos fueron bien valorados con excepción de la situación económica actual que alcanzó un grado de desfavorabilidad del 61,3%; le antecede en valoración desfavorable la atención en salud habitualmente recibida con un 36,4% más alta en los hombres según el 39,2% y el 34,2%, respectivamente. Figura 26.

El aspecto mejor calificado, por ambos sexos, fue la vida personal con un 79,8%, superior valoración en los hombres, 81,2% y 78,6%, respectivamente, sintiéndose bien consigo mismo y con las relaciones afectivas y sexuales. Le sigue la valoración favorable del estado de salud con un 77,8%, superior en los hombres (79,1%) que en las mujeres (76,7%). La calidad de vida actual fue calificada con un 77,3%, superior valoración en los hombres con un 78% frente a un 76,6% de las mujeres; la valoración del apoyo social fue del 75,7% superior en la

población masculina de 76,4% respecto a la femenina con el 75,2%. El entorno físico de la vivienda fue calificado con 75% de favorabilidad, similar entre hombres y mujeres, con 75,6% y 74,6%.

Discusión

Antes de contrastar los resultados con los hallazgos de otras investigaciones, se debe hacer notar la dificultad de encontrar estudios que aborden las diferentes problemáticas del grupo poblacional de 20 a 64 años de edad y discriminados por sexo, por tal razón se optó por compararlos con resultados de investigaciones en población general o en población económicamente activa.

En esta investigación se abordó la calidad de vida de hombres y mujeres de 20 a 64 años de la ciudad, con el fin de hacer un comparativo entre ellos. Tiene implícito el deseo de ahondar en las condiciones y satisfacciones de cada persona, según su determinación biológica; situaciones entre el hombre y la mujer basadas en la división, el rol y el poder que ejercen en la sociedad cada uno de ellos; cuando se habla de igualdad se debe partir de las diferencias biológicas, es ante todo, igualdad de derechos y oportunidades que es necesario establecer por medio de normas, justamente porque los seres humanos son diferentes entre sí en cuanto a pertenencia cultural, etnia, edad, género, cualidades e intereses.(21) A este respecto la Constitución Nacional dice: “Todas las personas nacen libres e iguales ante a ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica” (art.13) (14), de aquí se desprende una clara y contundente afirmación sobre el carácter fundamental del derecho a la igualdad, como valor fundante del Estado social de derecho y de la concepción dignificante del ser humano que caracteriza la Constitución de 1991 (...).(22)

De esta manera, el derecho a la igualdad, que a la vez se constituye en un principio fundamental, se traduce en la garantía para que no se instauren excepciones o privilegios que exceptúen a unos individuos de lo que se concede a otros en idénticas circunstancias, de donde se sigue necesariamente, que la real y efectiva igualdad consiste en aplicar la ley en cada uno de los acaecimientos según las diferencias constitutivas de ellos. El principio de la justa igualdad exige precisamente el reconocimiento de la variada serie de desigualdades entre los hombres en lo biológico, económico, social, cultural, etc., dimensiones todas que en justicia, deben ser relevantes para el derecho.(23)

Hablar de igualdad entre hombres y mujeres es aludir al compromiso de remover los obstáculos que en el plano económico y social configuran efectivas desigualdades de hecho, desde la discriminación hasta el desconocimiento, que hace necesaria la instauración de medidas compensatorias, con respecto a personas y grupos ubicados en condiciones de inferioridad. Se alude necesariamente, a otro propósito implícito en este trabajo investigativo, la igualdad en deberes, derechos, satisfacciones y oportunidades; la discriminación se presenta cuando la diferencia se hace sin fundamento constitucional que tenga un carácter objetivo y razonable; (24;25) implica, entonces, la violación del derecho a la igualdad, por lo que su prohibición constitucional se encamina a impedir que se restrinja o excluya el ejercicio de los derechos y libertades de una o varias personas, se les niegue el acceso a un beneficio o se otorgue un privilegio sólo a algunas de ellas, sin que exista justificación objetiva y razonable.(26;27)

Estos principios constitucionales no hablan directamente del derecho del ser humano a tener una vida con calidad acorde con sus aspiraciones, deseos y necesidades; pero la calidad de las condiciones y satisfacciones están íntimamente ligados a la vida mediados por un acto de razón, no solo según la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales propuesta por Borthwick-Duffy, (28) ni de su estado anímico que le determina el universo de símbolos, representaciones y creencias, enmarcados en contextos y tiempos determinados,(29) sino que cada persona evalúa su vida según su propia subjetividad.(30) Por eso, la calidad de vida debe ser evaluada desde lo individual por el sentido que da a su vida, la valoración de los diferentes aspectos, objetivos y subjetivos, la felicidad consigo mismo y con los demás y la posibilidad de satisfacer las necesidades, sin desconocer el contexto cultural, económico, político y religioso en el que vive, su responsabilidad social, sentido y significado de cada uno de los componentes de su vida.

Más allá de la satisfacción con las condiciones de vida y con el disfrute de la misma, el sentirse bien consigo mismo que son “los lentes con los que nos paramos y vemos el mundo”,(30) fue valorado con un 93% de satisfacción consigo mismo; las mujeres presentan un nivel de insatisfacción del 8% y los hombres del 6%. Las diferencias encontradas en la satisfacción con las relaciones familiares, sociales, personales, sexuales, en su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y en el tiempo dedicado al descanso son, máximo del 5%, según sexo. Por esta razón, la calidad de vida también puede ser definida como el grado por el cual las personas se perciben capaces de funcionar física, emocional y socialmente, en contraste con el estado de salud que es una medida objetiva. Es en sentido general, lo que hace que una vida sea digna de ser vivida.(31)

Por lo tanto, la sola existencia del hombre le atribuye a éste el derecho a exigir y a obtener la vigencia de todas las garantías necesarias para asegurar una vida digna: una existencia adecuada, proporcional y racional al reconocimiento de su esencia como ser pensante; al mismo tiempo, le impone al Estado el deber de adoptar las medidas de protección indispensables para salvaguardar los bienes jurídicos que definen al hombre como persona, es decir, la vida, la dignidad, la integridad, la libertad, la autonomía, etc.(27) Aquí se explicita la calidad de vida desde un contexto ético,(32) puesto que es el ser humano el que designa una determinada clase de objetos necesarios para su vida, lo individualiza y lo diferencia de los demás, como un acto humano racional y por ende, la calidad de vida es individual y se evalúa desde la subjetividad,(30) acorde al concepto formulado por la OMS.(33)

Estos resultados validan el concepto de calidad de vida utilizado, el cual incluyó las condiciones de vida (económicas, condiciones de salud, seguridad social y entorno físico) y la satisfacción con la vida (personales y sociales), construido teniendo en cuenta la recomendación de la OMS en el sentido de incluir aspectos físicos (vivienda), psicológicos (percepciones), sociales (relaciones interpersonales) y ambientales (entorno),(33) pues se encontró que para la población adulta, los aspectos que más le aportan son las características personales, económicos y del entorno físico. Además de ser una invitación a mirar la calidad de vida a través de perspectivas diferentes a las económicas, que sin desconocer el aporte de ellas, aboga por las relaciones interpersonales, la responsabilidad moral con el ambiente y con los demás al ser uno con la naturaleza; es un llamado al rescate de la dignidad humana, a la libertad, a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, a la información para una toma efectiva de decisiones, al disfrute de las pequeñas cosas y de las condiciones necesarias para llevar una vida digna.

Es significativo que al valorar las condiciones de vida de los adultos de la ciudad, éstas presenten diferencias entre las variables objetivas de los hombres y las mujeres, como en el ingreso, en actividades laborales fuera del hogar, en la manera de enfermar y de morir, en el nivel de escolaridad y en el estado civil; pero respecto a la satisfacción con la vida a través de variables subjetivas, éstas no presenten diferencias significativas en su comportamiento; es decir, las diferencias se dan en el ámbito social y cultural en el que están inmersos ambos sexos, el cual condiciona el rol masculino y femenino,(34) configura relaciones asimétricas y plantea las diferencias entre uno y otro, pero no porque su condición biológica lo amerite, puesto que en esta investigación se observó que aunque las condiciones de vida (de afuera hacia adentro) sean diferentes por sexo, la posición frente a la vida (de adentro hacia afuera)

es igual en hombres y mujeres adultos, resultado acorde a lo hallado en el estudio sobre calidad de vida en 23 países de Europa.(35)

Conclusiones

- Se observó desigualdad en las características socioeconómicas según sexo, estando las mujeres en condiciones más desventajosas que los hombres, respecto a ingresos, contratación y formación educativa; situación que les resta posibilidades de tener mejores condiciones de vida al hallarse 100 mujeres adultas sin ingresos por 44 hombres adultos sin ingresos y solo dos de cada cinco mujeres adultas están en el mercado laboral productivo.
- Respecto a las condiciones de salud se observan diferencias en hombres y mujeres, estando en condiciones más desventajosas la población masculina, pues la tasa de mortalidad es mayor que la de las mujeres, principalmente por causas externas en edades más tempranas de la vida; en morbilidad sentida, es mayor el porcentaje de mujeres adultas que perciben estados mórbidos, son atendidas en porcentajes superiores y son a su vez las que realizan visitas preventivas a médicos y odontólogos, por lo menos una vez al año, mientras los hombres utilizan en mayor medida la automedicación.
- En los aspectos relacionados con la seguridad social, no existe diferencia por sexo en la afiliación al SGSSS pero si es evidente el 20% de diferencia en la afiliación de la población adulta masculina de 20 a 64 años, a los fondos de pensiones y a las administradoras de riesgos profesionales, respecto a la afiliación de población femenina.
- En el aspecto del entorno físico donde vive la población de 20 a 64 años de edad, se presentan diferencias por sexo en la habilitación de los servicios públicos, siendo menores las coberturas en las residencias de la población femenina y, según el sector donde están ubicadas las viviendas, las pertenecientes a las mujeres se encuentran ubicadas en zonas de mayor riesgo que pone en peligro su integridad y la de sus familias.
- En cuando a las relaciones social según sexo, los hombres y mujeres presentan diferencias en el rol que ocupan en la familia y por ende en la sociedad; los hombres jóvenes pasan de ser hijos a jefe de hogar, las mujeres de hijas pasan a ocupar el puesto de cónyuges; es significativo como una de cada tres mujeres adultas de la ciudad alcanzó este reconocimiento familiar, pero tienen bajo su haber la responsabilidad de sacar adelante una familia y ser un agente productivo del mercado laboral, desempeñando dos o tres roles simultáneamente
- En los aspectos personales no se presentaron diferencias entre hombres y mujeres, pero si se evidenciaron mayores proporciones de población masculina que practican alguna

actividad física de forma periódica, mayor consumo de sustancias psicoactivas principalmente de manera ocasional y mayores satisfactores personales, sociales y afectivos, que le aportan mayor satisfacción a la vida y pueden ser indicativos de una condición vulnerable de la población femenina, con mayores sentimientos de tristeza.

- La satisfacción del ser humano con los diferentes aspectos analizados en este estudio mostraron variaciones a medida que se ascendió en el estrato socioeconómico de la ciudad; es decir, la percepción sobre uno u otro aspecto estaba mediado por la condición socioeconómica de la vivienda, más no estaba muy influido por condiciones biológicas (sexo, edad), psicológicas (tristeza), de salud (enfermedad, discapacidad), sociales (estado civil, rol, violencia).
- La población adulta valoró por encima de 75% los diferentes de la calidad de vida, con excepción de la situación económica actual que alcanzó un 39% y la seguridad social con el 64%. Por sexo las diferencias en la favorabilidad de los diferentes aspectos fue superior en la población masculina, solo se observó proporciones superiores en población femenina en los dos aspectos que obtuvieron mayores grados de desfavorabilidad: situación económica y seguridad social.
- En general se destaca que la calidad de vida de los adultos de la ciudad de Medellín es explicada en un 18,5% por cuatro componentes: dos aspectos subjetivos relacionados con los personales y de seguridad social, y dos aspectos objetivos relacionados con el entorno físico y los económicos, según el análisis factorial de componentes principales con niveles de significación estadística menores de 0,05. El primer componente, aspectos personales, está compuesto por características subjetivas de la satisfacción con la vida, como: satisfacción consigo mismo, con las relaciones personales, afectivas y sexuales, habilidad para realizar las actividades cotidianas; satisfacción con su capacidad de trabajo y el apoyo recibido de la familia; el segundo componente esta relacionado con el entorno físico de la vivienda donde habita el adulto de la ciudad, está conformado por características objetivas de las condiciones de vida, como tener habilitado en su vivienda los servicios públicos de energía, teléfono, acueducto y alcantarillado; el tercer componente, seguridad social, está conformado por características subjetivas sobre el nivel de satisfacción con la atención, acceso y calidad de los servicios de salud; el cuarto componente está explicado por características objetivas de los aspectos económicos, como: estrato socioeconómico de la vivienda, nivel de escolaridad alcanzado, ingresos total recibidos en el mes, medio de transporte más utilizado para su desplazamiento habitual, materiales del piso de la vivienda y régimen de seguridad social al que está afiliado.

- Finalmente, se podrá rescatar el principio fundador de todo contrato social, la dignidad humana como una expresión de la vida del hombre, su racionalidad, la responsabilidad que tiene con la sociedad y como un factor de equidad social, al reconocer las diferencias, desigualdades e injusticias existentes entre hombres y mujeres debido a su condición biológica, capacidades, habilidades, oportunidades, y aportes familiares y sociales, sin discriminación alguna por sexo, edad o posición social. Por lo tanto, la mera existencia del hombre le atribuye a éste el derecho a exigir y a obtener la vigencia de todas las garantías necesarias para asegurar una vida digna.
- Llama la atención la diferencias entre hombres y las mujeres, como en el ingreso, en actividades laborales fuera del hogar, en la manera de enfermar y de morir, en el nivel de escolaridad y en el estado civil; pero al valorar la satisfacción con la vida a través de variables subjetivas, éstas no presenten diferencias significativas en su comportamiento. Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio es la igualdad de género, definido requisito fundamental para alcanzar los demás objetivos, en cuanto al disfrute de las mismas oportunidades entre hombres y mujeres para mantener la salud, contribuir al desarrollo y beneficiarse del mismo, es la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida en igualdad de condiciones, pero en mayor medida, las condiciones de vida dadas por el ingreso como factor de equidad social a igual trabajo igual salario indistintamente del sexo.

Referencias bibliográficas

- (1) Instituto Empresa y Humanismo. Bienestar, felicidad, nivel de vida y calidad de vida. Universidad de Navarra E, editor. [en línea] 2004 [consultado: 4 de abril de 2004] . Disponible en: <http://www.unav.es/empresayhumanismo/2activ/seminario/miembros/sison/ii16/default.html>.
- (2) Sen A. Capacidad y bienestar. In: Sen M y Nussbaum M (compiladores), editor. La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1998. p. 54-120.
- (3) Max Neef M. Desarrollo a escala humana. [en línea] 1994 [consultado: 27 de mayo de 2004] . Ed. Nordan-Comunidad, Disponible en: <http://epi.minsalud.cl/cdvid/doc/resumart.pdf>.
- (4) Rueda S. Habitabilidad y calidad de vida. [en línea] 2001 [consultado: 25 de mayo de 2001] . Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>.
- (5) Organización Mundial de la Salud, Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105.
- (6) Boladeras C M. Calidad de vida y principios bioéticos. In: Colección Bíos y Ethos, editor. Bioética y Calidad de Vida. Bogotá, D.C: Ediciones El Bosque; 2000. p. 21-54.
- (7) Cardona A D, Estrada R A, Agudelo G H. Envejecer nos Toca a todos. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2003.
- (8) Cardona A D, Agudelo G H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev Facultad Nacional de Salud Pública 2005;23(1):79-90.
- (9) Cardona A D, Agudelo G H. La flor de la vida: pensemos en el adulto. Aspectos de la calidad de vida de la población adulta. Medellín, 2005. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2006.
- (10) Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Unidad de Clasificación Socioeconómica y Estratificación. Proyección de Población. Medellín, Alcaldía, 2005.
- (11) Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Unidad de Clasificación Socioeconómica y Estratificación. Estimación del número de instalaciones de energía en viviendas del Municipio de Medellín, por estrato socioeconómico, según barrio, comuna y corregimiento de localización. Medellín, Alcaldía, 2002.
- (12) Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Unidad de Clasificación Socioeconómica y Estratificación. Estimación de la población residente en el Municipio de Medellín por sexo, número de viviendas, número de hogares, densidad y área, según barrio, comuna y corregimiento. Medellín, Alcaldía, 2002.
- (13) Scheaffer R, Mendenhall W OM. Elementos de muestreo. Edición en español, traducida por Rendón G y Gómez JR. ed. México: 1987.
- (14) Colombia, Congreso de la República. Constitución Política de Colombia. 1991. Bogotá.
- (15) Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Colombia, Ministerio de Salud, (1993).
- (16) Profamilia, Salud Sexual y Reproductiva en Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Resultados ENDS-2000. Bogotá, Colombia: 2000.
- (17) Silva L. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos S.A.; 2000.
- (18) Díaz L. Análisis de Componentes Principales. In: Universidad Nacional de Colombia, editor. Estadística Multivariada: inferencia y métodos. Medellín: 2002. p. 191-232.

- (19) Pérez C. Análisis de componentes principales. In: Pearson Educación SA, editor. Técnicas de Análisis Multivariante de Datos. Madrid: 2004. p. 121-54.
- (20) Szklo M, Nieto FJ. Epidemiología Intermedia. Conceptos y Aplicaciones. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 2003.
- (21) Molina N. Enfoque de género como sustento teórico de la demanda de igualdad de los movimientos de mujeres y del feminismo. Mujeres y Sustentabilidad 2004.
- (22) Sentencia C-409/94. Magistrado Ponente: Hernando Herrera Vergara., Colombia, Corte Constitucional, (1994).
- (23) Sentencia T-432/92 Magistrado Ponente: Simón Rodríguez Rodríguez., Colombia, Corte Constitucional, (1992).
- (24) Sentencia T-422/92 Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz, Colombia, Corte Constitucional, (1992).
- (25) Sentencia C-016/93 Magistrado Ponente: Ciro Angarita Barón, Colombia, Corte Constitucional, (1993).
- (26) Sentencia C-010/00, Magistrado Ponente: Jaime Córdoba Triviño, Colombia, Corte Constitucional, (2000).
- (27) Ossa W, Palacio C. Mobbing: acoso psicológico en el trabajo Universidad de Antioquia; 2005.
- (28) Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [en línea] 2001 [consultado: 4 de abril de 2004] . Disponible en: <http://www3.usal.es/~inicio/investigacion/invesinicio/calidad.htm>.
- (29) Lugones B M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr 2002;18(4).
- (30) Calidad de vida: una perspectiva individual. [en línea] 2005 [consultado: 27 de mayo de 2005] . Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>.
- (31) Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press; 2001.
- (32) Lukomski A. Calidad de vida: historia y futuro de un concepto problema. In: Colección Bíos y Ethos, editor. Bioética y Calidad de Vida. Bogotá, D.C: Ediciones El Bosque; 2000. p. 153-61.
- (33) Fleury E, Lana da Costa C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública 2004;20(2):580-8.
- (34) Londoño A. Aproximaciones a la masculinidad. Cuadernos para la Equidad. Medellín: Secretaría de Equidad de Género; 2002.
- (35) European Foundation for the improvement of living and workin conditions. Quality of life in Europe. Alemania: Publications Office; 2005.