

**CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN
MEDELLIN, DESDE EL ENFOQUE DE LA GARANTÍA DE SUS DERECHOS
FUNDAMENTALES, SEGÚN LA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA AÑO 2009.**

**DANA LIZET SANCHEZ MORA
MARIA CRISTINA ESCOBAR GAVIRIA
SANDRA LILIANA DEL RIO ZAPATA**

**UNIVESIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2011**

**CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN
MEDELLIN, DESDE EL ENFOQUE DE LA GARANTÍA DE SUS DERECHOS
FUNDAMENTALES, SEGÚN LA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA AÑO 2009.**

**DANA LIZET SANCHEZ MORA
MARIA CRISTINA ESCOBAR GAVIRIA
SANDRA LILIANA DEL RIO ZAPATA**

**Trabajo dirigido y estructurado como requisito para optar al título de
Especialista en Gerencia de la Salud Pública**

**Asesor
CARLOS MARIO TAMAYO RENDÓN
Magister en Administración en Salud**

**UNIVESIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2011**

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN	9
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.2 JUSTIFICACIÓN.....	11
2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
3 MARCO TEORICO	14
3.1 CALIDAD DE VIDA	14
3.1.1 Modelos Teóricos de Calidad de Vida.....	15
3.1.1.1 Modelo ecológico de Lawton.	15
3.1.1.2 Modelos comportamentales.....	15
3.1.1.3 Modelos de bienestar	16
3.1.1.4 Modelo de desempeño de rol.	16
3.1.1.5 Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida.	16
3.1.1.6 Modelo de la homeostasis de la calidad de vida.....	16
3.1.1.7 Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores.....	17
3.2 ADULTO MAYOR.....	17
3.3 ENVEJECIMIENTO	19
3.4 DERECHOS FUNDAMENTALES.....	24
3.5 ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA DE MEDELLÍN.....	27

4	OBJETIVOS.....	30
4.1	OBJETIVO GENERAL	30
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
5	METODOLOGIA	31
5.1	TIPO DE ESTUDIO.....	31
5.2	FUENTE DEL DATO	31
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
5.4	POBLACIÓN DE REFERENCIA Y DE ESTUDIO	31
5.5	VARIABLES DE ESTUDIO.....	32
5.6	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y PROCESO DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	34
5.7	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	34
5.8	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	35
6	RESULTADOS	41
6.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS EN MEDELLÍN	41
6.2	DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES.....	42
7	DISCUSIÓN	47
	REFERENCIAS	49

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Variables de estudio.....	32
Tabla 2. Cruce de variables.....	35
Tabla 3. Distribución por grupos étnicos.	42
Tabla 4. Modo de ocupación de la vivienda.....	44

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Gráfico 1. Distribución por grupos de edad.	41
Gráfico 2. Distribución por estado civil.	42
Gráfico 3. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	43
Gráfico 4. Percepción del estado de salud.	43
Gráfico 5. Tipo de vivienda.	44
Gráfico 6. Acceso a servicios públicos.	45
Gráfico 7. Acceso y participación en programas lúdicos y actividades recreativas.	45

RESUMEN

Los índices relacionados con la procreación están presentando disminuciones paulatinas y asociado con el incremento de la esperanza de vida, repercute en un incremento significativo de la población adulta mayor; tomando prioridad en la concentración de los grupos etáreos de las pirámides poblacionales del mundo, en especial de los países desarrollados y en menor grado en los subdesarrollados como Colombia.

Esta proyección amerita ser analizada minuciosamente por los gobiernos con el fin de que adopten políticas públicas orientadas a satisfacer las necesidades y garantizar los derechos fundamentales de este grupo poblacional; socialmente olvidado por encontrarse en una etapa improductiva.

Con el fin determinar si en el año 2009, en la ciudad de Medellín, se garantizó a los adultos mayores de 60 años el pleno goce y respeto de los derechos fundamentales a la salud, la vivienda y la recreación; se realizó un estudio de carácter descriptivo, cuantitativo, transversal mediante el análisis de variables específicas de la encuesta de calidad de vida del mismo año; que permitieron determinar el nivel de acceso de esta población a las actividades y servicios necesarios para tal garantía y comparar estos resultados con los mismos obtenidos en el resto de la población.

Como resultado general se obtuvo que entre la población encuestada se evidencia una garantía de los derechos fundamentales explorados sin que se noten diferencias entre los dos grupos poblacionales comparados. Incluso algunos de ellos como la salud y la vivienda tienen un mayor grado de garantía para la población de adultos mayores.

ABSTRACT

The index related to procreation are presenting gradual reductions and associated with increased life expectancy, impact a significant increase in the elderly population, taking priority in the concentration of the age groups of the population pyramids of the world, especially developed countries and less so in the underdeveloped like Colombia.

This projection deserves to be analyzed carefully by governments to adopt public policies to meet the needs and guarantee the fundamental rights of this group of population, socially beyond for being in an unproductive stage.

To determine if in the year 2009, in the City of Medellin, was guaranteed to adults over 60 years the full enjoyment and respect for fundamental rights to health, housing and recreation, a study in character descriptive, quantitative, cross-sectional analysis of specific variables of quality of life survey of the same year that permitted us to determine the level of access of this population to the activities and services necessary for such a guaranteed, and to compare these results with the same obtained in the rest of the population.

As a general result it is was found that among the surveyed population is evidence of fundamental rights guaranteed explored without noticeable differences between the two populations compared. Even some of them such as health and housing have a greater degree of security for the elderly population.

1. INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos resultantes del proceso de desarrollo actual del país, se expresan en múltiples formas, entre las cuales se resalta por su importancia el aumento en la expectativa de vida al nacer. Dicha situación conlleva a un importante aumento de la población adulta mayor (para efectos del presente estudio es la población con 60 años o más).

Como consecuencia del proceso de transición socioeconómica, se producen cambios significativos en la distribución de la población por edad. En primer lugar, se presenta una ampliación de la base de la pirámide de la población es decir, de la población de menor edad, a causa del rápido descenso de la mortalidad, lo que lleva a que se mantenga la población más joven. Posterior a los rápidos descensos de la fecundidad, paulatinamente se inicia un proceso de envejecimiento de la población, con reducción de la población joven e incremento de la adulta.

Actualmente en Colombia se vienen presentando estos fenómenos sociodemográficos, las personas están alcanzando cada vez edades más avanzadas y ello hace necesario estructurar estrategias y políticas integrales que permitan garantizarle al grupo poblacional de los adultos mayores el pleno goce de sus derechos, principalmente de los caracterizados como fundamentales que se tornan como indivisibles e interdependientes y que deben garantizarse en condiciones de equidad a todos los ciudadanos.

Para ello es necesaria la obtención de información que dé cuenta del nivel actual de garantía de los derechos fundamentales en este grupo de población especial, característico por su vulnerabilidad y desprotección frente a múltiples riesgos inherentes al ciclo vital.

En el presente estudio se analiza si se están garantizando a los adultos mayores, residentes en el municipio de Medellín, los derechos fundamentales de la salud, la vivienda y la recreación; evaluación que se desarrolla de manera comparativa frente a la situación del resto de la población; a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida desarrollada en este municipio durante el año 2009.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre las dinámicas demográficas, el envejecimiento de la población se constituye en un hecho actual de gran impacto y preocupación, tanto para los países en vía de desarrollo como para aquellos ya industrializados; por los costos económicos y sociales que conllevan.

Este fenómeno se presenta como consecuencia de una baja natalidad, producida por la contención de la fecundidad propia de sociedades avanzadas e influenciada negativamente por causas como: la negativa frente a la nupcialidad y el retraso en la edad del matrimonio, la inserción de la mujer al campo laboral, la carencia de políticas públicas para la solución de los desequilibrios demográficos, el cambio de mentalidad en cuanto a la reproducción humana, las modernas técnicas anticonceptivas, la esterilización e interrupción voluntaria del embarazo (1).

Así mismo, la longevidad se encuentra relacionada con el incremento de la esperanza de vida producto de la disminución de la mortalidad, de una mayor cobertura del sistema sanitario y de los vertiginosos avances médicos y tecnológicos.

Es claro que desde la visión demográfica el fenómeno de envejecimiento poblacional no se refiere en exclusiva al proceso biológico, a la vejez o a la longevidad, comúnmente relacionado cuando se hace mención del término “envejecimiento”; sino al cambio significativo en la estructura y composición por edad de la población; a tal punto de incrementarse en términos relativos y absolutos, respecto al total de habitantes, el número de individuos con edades mayores a los 60 años de edad (crecimiento de la población anciana) y de disminuirse considerablemente la población joven (1).

A nivel mundial, los incrementos absolutos en el número de adultos mayores son cada vez más alarmantes por las implicaciones económicas y sociales que conllevan. Mientras que en Colombia hacia el año de 1950 el grupo etáreo de 60 años y más estaba constituido por cuatro millones de personas, en la primera década de este siglo esta cifra asciende a más de quince millones de personas, con una proyección de 32.6 millones de individuos para el año 2030 (2).

El envejecimiento conlleva a múltiples cambios en la sociedad, trae consigo consecuencias sociodemográficas y económicas que afectan directamente todos los sistemas relacionados con el desarrollo del individuo en la comunidad. Los sistemas de protección social, los económicos, los políticos, los educativos, entre otros; influyen y a la vez se ven influenciados por estos cambios demográficos.

La vejez es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital (3). La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permitan cuidarse a sí mismas y participar en la vida familiar y social (4).

Al respecto, en el departamento de Antioquia, se nota un subregistro de información que no permite identificar cabalmente el nivel de calidad de vida de los adultos mayores. En la ciudad de Medellín, donde se concentra la mitad de la población del departamento, la situación de subregistro es similar a la evidenciada a nivel departamental y se suma a ello la falta de seguimiento a la efectividad de las acciones y estrategias desarrolladas en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de estas personas y la garantía de una vejez saludable y satisfactoria.

La población adulta mayor está creciendo inusitadamente y la preocupación por su adecuada atención y cuidado es cada vez más latente en el proceder del Estado; es necesario, entonces; conocer las circunstancias actuales en las que viven estas personas desde múltiples enfoques y métodos de estudio.

2.2 JUSTIFICACIÓN

En el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significan que el número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025” (5).

Este aumento será más notable en los países en desarrollo una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad .sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales experimentarán una evolución (5).

“La notable transición demográfica que se está produciendo hará que para mediados de siglo los porcentajes de la población mundial correspondientes a viejos y jóvenes sean iguales. Según se prevé, el porcentaje de las personas de 60 y más años en todo el mundo se duplicará entre el año 2000 y el 2050 y pasará del 10% al 21%; Se proyecta, en cambio, que el porcentaje correspondiente a los niños se reducirá en un tercio y pasará del 30% al 21% “(5).

“Aunque los países desarrollados han podido envejecer gradualmente, se enfrentan a problemas resultantes de la relación entre el envejecimiento y el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan el problema de un desarrollo simultáneo con el envejecimiento de la población” (5).

“El grupo de personas de edad que crece más rápidamente es el de los más ancianos, es decir, los que tienen 80 años de edad o más. En el año 2000, su número llegaba a 70 millones, y se proyecta que en los próximos 50 años esa cifra aumentará más de cinco veces” (5).

Para los países el envejecimiento poblacional representa un desafío en el orden cultural, político y económico, e implica una transformación en la sociedad para atender las necesidades de los adultos mayores, principalmente aquellas necesidades de atención sanitaria, de cuidados diarios y de prestaciones económicas. Lo ideal es aminorar el efecto de la incapacidad o invalidez.

Frente a estas necesidades y problemáticas se plantean múltiples desafíos, como la necesidad de establecer un sistema de protección social y de seguridad económica social para los ancianos que les asegure un nivel de vida digno (alta calidad de vida).

Por lo tanto el país tiene que generar acciones más efectivas para incidir en los determinantes de calidad de vida de la población adulta mayor, sin dejar a un lado las políticas de control de costos y de eficiencia en la asignación de recursos.

Lo que se pretende con este estudio es generar información útil sobre las condiciones de vida de los adultos mayores de la ciudad de Medellín, en el año 2009, que permita evidenciar si se les ha garantizado algunos de los derechos fundamentales y así contribuir con la generación de políticas específicas que tiendan a aumentar su potencial de bienestar físico, social y mental.

La información se ha convertido en insumo básico que permite a las autoridades, en diferentes niveles, conocer el grado de eficiencia y eficacia de sus acciones, identificar el nivel de satisfacción de los servicios que se prestan y estar suficientemente informadas para tomar decisiones ajustadas entre posibles alternativas. Dicho de otra manera, el objetivo de la información es mejorar la acción.

En tal sentido, con información completa y confiable se optimizan los procesos de establecimiento de prioridades, análisis situacional, evaluación, monitoreo e implementación, valoración de opciones y programación de acciones.

2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Se está garantizando a los adultos mayores con edades de 60 o más años que viven en la ciudad de Medellín, los derechos fundamentales de salud, vivienda y recreación?

3 MARCO TEORICO

3.1 CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida se confunde con nivel de vida y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas. Se mide en términos físicos: vivienda, servicios públicos, área construida, etc; y se observa a través de los estudios de pobreza con los conceptos de desnutrición, infraconsumo, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias (6).

La calidad de vida es un concepto complejo estudiado desde diferentes disciplinas, y aunque no hay todavía ningún acuerdo general respecto a la definición precisa; se sabe que involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales.

Esta viene adquiriendo mayor importancia y ha comenzado a utilizarse como medida de resultados en salud, especialmente en situaciones en que las actuaciones en salud ya no pueden ir principalmente dirigidas a prolongar la duración de la vida, como ocurre con las personas muy ancianas y los enfermos terminales (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 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” (8). Los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Algunos autores identifican la variable salud como la de mayor peso en la percepción de bienestar de los adultos mayores y, que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos.

La calidad de vida es un concepto más amplio e incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud. En 1989 Hörnquist la definió como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud. Algunas consideraciones importantes respecto a calidad de vida son (9):

- Es un concepto multidimensional y comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.

- Comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque aún no hay consenso acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- En la dimensión subjetiva, las personas otorgan diferentes niveles de importancia a los distintos ámbitos de su vida.
- Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.

Lawton (citado por Yanguas) sugiere la existencia de cuatro categorías para la calidad de vida en las que se incluyen los dominios que influyen en ella (9):

1. Calidad de vida física: relacionada con el estado de salud, por lo cual, es el dominio más ligado a la biología. En esta categoría se consideran las limitaciones funcionales y la función cognitiva del sujeto.

2. Calidad de vida social: se refiere a la relación del individuo con el mundo externo. El nivel óptimo difiere según la percepción personal y las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.

3. Calidad de vida percibida: relacionada con el concepto subjetivo de calidad de vida, generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.

4. Calidad de vida psicológica. Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

La literatura científica indica que la calidad de vida en la mujer es más negativa que en los hombres, estando relacionada con variables de personalidad y variables situacionales distintas (10).

3.1.1 Modelos Teóricos de Calidad de Vida. Los modelos teóricos son propuestas teóricas en la investigación de calidad de vida (9).

3.1.1.1 Modelo ecológico de Lawton. Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y socionormativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.

3.1.1.2 Modelos comportamentales. Explican la calidad de vida desde el comportamiento, entendido como lo que el individuo hace y quiere hacer. Son estas acciones y lo experimentado cuando se ejecutan, el objeto de la calidad de vida. La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales,

las habilidades sociales o el apoyo social, son importantes pero no determinantes para una vida de calidad. Estas variables serían recursos para una vida de cantidad y de calidad.

3.1.1.3 **Modelos de bienestar.** La felicidad, el bienestar psicológico o material y la salud apoyan poderosamente la posibilidad de vivir una vida de calidad.

El **modelo de satisfacción** desarrollado por Lehman, Ward y Linn y por Baker e Intagliata: el modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos.

El **modelo de importancia/satisfacción** de Becker, Diamond y Sainfort: en este modelo se incorporan la satisfacción subjetiva del paciente y una valoración de la importancia que un ámbito determinado de la vida tiene para él. Aunque este modelo hace hincapié en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de estas actitudes.

3.1.1.4 **Modelo de desempeño de rol.** Se basa explícitamente en la teoría de que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas. el ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades. Estas oportunidades son tanto materiales como (y más importantes) sociales. Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales.

3.1.1.5 **Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida.** Se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros. La satisfacción no se valora como un resultado sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso.

3.1.1.6 **Modelo de la homeostasis de la calidad de vida.** Propuesto por Cummins, describe un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundario. Su propósito es sostener el rendimiento, en la forma de la calidad de vida subjetiva, dentro de un rango estrecho, a pesar de las variaciones de la experiencia de la persona respecto a su entorno.

3.1.1.7 **Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores.**

Margaret y Paul Baltes ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito: la optimización selectiva con compensación. La puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida.

Las personas mayores afrontan razonablemente bien el envejecimiento y la vejez. Aunque conscientes de los cambios negativos (pérdidas y disminuciones) en el desarrollo personal, los mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del autoconcepto como del desarrollo personal. Esta resistencia y adaptación satisfactorias parece ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos.

3.2 **ADULTO MAYOR**

En la actualidad, Colombia se encuentra en una transición demográfica donde con el pasar de los años, la base de la pirámide poblacional se ha ido estrechando, con ampliación simultánea en la punta describiendo de esta forma la disminución de la población joven y el incremento de los adultos mayores, especialmente el aumento de los más viejos. Se espera que para el 2050, el total de la población sea cercano a los 72 millones, con una esperanza de vida ligeramente superior a los 79 años y con más del 20% de los pobladores por encima de 60, lo cual se traducirá en una estructura de la pirámide poblacional en forma rectangular. Adicionalmente seguirá predominando la residencia en áreas urbanas (12).

El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas y bioquímicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos (11). También se ha definido como un proceso individual y colectivo simultáneo en el sentido en que se produce en el individuo pero es muy condicionado por la sociedad, la calidad de vida y los estilos de vida (3).

En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con un diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada (11).

Las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son: el aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración. A pesar que la migración de las personas mayores de 60 años al

exterior es menor del 2% del total, es la migración de los más jóvenes lo que contribuye al envejecimiento del país. Adicionalmente el desplazamiento interno conduce al envejecimiento de los sitios de origen (12).

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que Es aquella persona que cuenta con 60 años de edad o más. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

El anciano se puede visualizar en tres niveles (11):

Macrosocial o comunitario, existe relación entre la formación socioeconómica y el estado de salud de la población en general.

Microsocial o familiar, se establece una relación entre el modo y las condiciones de vida de determinado grupo y el estado de salud de este.

Individual o personal, aparece la relación entre el estilo de vida y el estado de salud individual.

El aumento progresivo de la población colombiana, especialmente del grupo de los adultos mayores, representa un desafío para las políticas y los recursos en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social. En sólo un siglo el país pasó de 4'355.470, personas a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6.3% (2'612.508), es mayor de 65 años; el 54.6% pertenece al sexo femenino y el 45.4% de las personas mayores son hombres. El 75% de la población general, vive en las cabeceras municipales, a pesar que en áreas rurales hay mayores tasas de fecundidad, lo que se traduciría en un incremento natural de la población allí ubicada, pero el efecto es contrarrestado por las altas tasas de migración (DANE, Censos 1905 y 2005). Del total de la población adulta mayor el 63.12% se concentra en Boyacá, Tolima, Cundinamarca, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Bolívar. Adicionalmente, el 28.8% se encuentra en las principales ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla (12).

El envejecimiento poblacional muestra un aumento evidente de la población adulta mayor, especialmente el porcentaje de los más viejos: mientras la población general incrementa 1.9% promedio anual (en el período 1990-2003), la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual de 4%. Es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4.450 centenarios (personas de 99 y más años), lo cual equivale al 0.011% del total de la población; con un claro predominio, al igual que en el resto del mundo, del sexo femenino: 61.9%.

Adicionalmente se encontró que el 95% de los centenarios se encuentra alojados en hogares particulares (12).

La esperanza de vida en los últimos 50 años se ha venido incrementando para todos, principalmente para las mujeres, de ahí que en la actualidad estas últimas vivan en promedio, 5.9 años más. Adicionalmente, el incremento de la esperanza de vida ha sido mayor en la población urbana, en los grupos con mayor nivel de instrucción y con mayores ingresos económicos. Estas diferencias podrían explicarse parcialmente, por profundas desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud. Aunado al incremento en la expectativa de vida para la población general, una vez cumplidos los 60 años, se espera que los colombianos vivan al menos otras dos décadas (12).

Adicionalmente se evidencia que en la medida que ha aumentado la longevidad, principalmente en el sexo femenino, el índice de masculinidad disminuye. Una de las razones que influye en lo anterior es el índice de viudez: mientras que es de 13% para los hombres, en las mujeres es de 43%, es decir hay cerca de tres veces más viudas (12).

3.3 ENVEJECIMIENTO

En la segunda Asamblea Mundial los representantes de los diferentes gobiernos decidieron formular un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, para adoptar medidas en todos los niveles, para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades. Orientado en tres direcciones prioritarias: Las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios (5).

La transformación demográfica planteará a todas nuestras sociedades el reto de aumentar las oportunidades de las personas, en particular las oportunidades de las personas de edad de aprovechar al máximo sus capacidades de participar en todos los aspectos de la vida (5).

Dentro del Plan de acción se plantea eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, la discriminación por motivos de edad. Asimismo, reconocer que las personas, a medida que envejecen, deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades (5).

De igual manera habilitar a los hombres y a las mujeres para que lleguen a la vejez con mejor salud y disfrutando de un bienestar más pleno; procurar la inclusión y la participación cabales de las personas de edad en las sociedades;

permitir que las personas de edad contribuyan más eficazmente a sus comunidades y al desarrollo de sus sociedades, y mejorar constantemente los cuidados y el apoyo prestados a las personas de edad que los necesitan.

Es necesaria una acción concertada para transformar las oportunidades y la calidad de vida de los hombres y las mujeres a medida que envejecen y para asegurar la sostenibilidad de sus sistemas de apoyo, construyendo así el fundamento de una sociedad para todas las edades.

Alcanzar el grado más alto posible de salud es un objetivo social de suma importancia en el mundo entero. Por lo anterior se debe proporcionar a las personas de edad, acceso universal en condiciones de igualdad a la atención médica y a los servicios de salud, tanto servicios de salud física como mental, compromiso con una visión compartida de la igualdad para las personas de todas las edades (5).

Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres es esencial para lograr la plena igualdad entre mujeres y hombres y para formular medidas eficaces y eficientes para hacer frente al problema. Por consiguiente, es decisivo lograr la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes (5).

La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo, es esencial para la creación de una sociedad incluyente para todas las edades, en que las personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad. La lucha contra la discriminación por motivos de edad y la promoción de la dignidad de las personas de edad es fundamental para asegurar el respeto que esas personas merecen (5).

Los encargados de la formulación de políticas han debido afrontar la necesidad simultánea de introducir ajustes para tener en cuenta las consecuencias del envejecimiento de la fuerza de trabajo y mejorar al mismo tiempo la productividad y competitividad del trabajo, garantizando además la sustentabilidad de los sistemas de protección social. En todos los casos pertinentes, habría que aplicar estrategias múltiples de reforma para dotar a los sistemas de pensiones de una base financiera sólida (5).

Una sociedad para todas las edades incluye el objetivo de que las personas de edad tengan la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad. Para trabajar en pro de la consecución de ese objetivo, es necesario eliminar todos los factores excluyentes o discriminatorios en contra de esas personas.

Se debe permitir a las personas de edad seguir realizando tareas remunerativas mientras lo deseen y puedan hacerlo productivamente. Por lo común el empleo, el

subempleo y la rigidez del mercado laboral impiden que esto ocurra, con lo que se restringen las oportunidades de los individuos y se priva a la sociedad de su energía y sus conocimientos (5).

Los factores que afectan a las mujeres de edad en el mercado laboral merecen una especial atención, particularmente los que afectan la participación de la mujer en el trabajo remunerado (como, entre otros, los sueldos más bajos, la falta de desarrollo profesional debido a las interrupciones de la actividad laboral, y las obligaciones relacionadas con la atención de la familia), su capacidad de generar pensiones y otros recursos para su jubilación. La falta de políticas favorables para la familia en relación con la organización del trabajo puede incrementar esas dificultades. La pobreza y los bajos ingresos durante los años productivos de las mujeres pueden ser a menudo causa de la pobreza en la vejez (5).

La solidaridad entre las generaciones a todos los niveles .las familias, las comunidades y las naciones. Es fundamental para el logro de una sociedad para todas las edades (5).

Las cambiantes circunstancias demográficas, sociales y económicas requieren el ajuste de los sistemas de pensiones, de seguridad social, de salud y de atención a largo plazo a fin de sostener el crecimiento económico y el desarrollo y garantizar el mantenimiento adecuado y eficaz de los ingresos y la prestación de servicios (5).

Las desigualdades y disparidades entre los géneros en lo que se refiere al poder económico, la desigual distribución del trabajo no remunerado entre las mujeres y los hombres, la falta de apoyo tecnológico y financiero para las empresas de las mujeres, la desigualdad en el acceso al capital y el control de éste, en particular la tierra y los créditos, y en el acceso a los mercados laborales, así como todas las prácticas tradicionales y consuetudinarias perjudiciales, han obstaculizado la habilitación económica de la mujer y han intensificado la feminización de la pobreza (5).

La buena salud es un bien inapreciable de las personas. Del mismo modo, para el crecimiento económico y el desarrollo de las sociedades es indispensable que la población en general tenga un nivel elevado de salud.

La vida debe centrarse en el mantenimiento de la independencia, la prevención y la demora de las enfermedades y la atención de las discapacidades, así como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de edad que ya estén discapacitadas (5).

Llegar a la vejez gozando de buena salud y bienestar requiere un esfuerzo personal durante toda la vida y un entorno en el que ese esfuerzo pueda tener éxito. La responsabilidad de las personas consiste en llevar un modo de vida

saludable; la de los gobiernos en crear un entorno favorable a la salud y al bienestar incluso en la vejez. Tanto por razones humanitarias como económicas, es necesario brindar a las personas de edad el mismo acceso a la atención preventiva y curativa y a la rehabilitación de que gozan otros grupos. Al mismo tiempo, debe disponerse de servicios de salud concebidos para atender las necesidades especiales de las personas de edad (5).

La creciente necesidad de asistencia y tratamiento de una población que envejece exige políticas adecuadas. La falta de ese tipo de políticas puede ocasionar aumentos importantes de los costos. Las políticas que propician la salud durante toda la vida, incluidas las de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la tecnología de asistencia, los cuidados para la rehabilitación, cuando estén indicados, los servicios de salud mental, la promoción de los modos de vida saludables y los entornos propicios, pueden reducir los niveles de discapacidad asociados con la vejez y permitir obtener economías presupuestarias (5).

Las actividades de promoción de la salud y el acceso universal de las personas de edad a los servicios de salud durante toda la vida son el pilar del envejecimiento con salud. Una perspectiva que tenga en cuenta la vida entera supone reconocer que las actividades dirigidas al fomento de la salud y a la prevención de las enfermedades deben concentrarse en mantener la independencia, prevenir y demorar la aparición de enfermedades y discapacidades y proporcionar atención médica, y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas de edad que ya sufren discapacidades (5).

Los factores ambientales, económicos y sociales, como el entorno físico, la geografía, la educación, la ocupación, los ingresos, la condición social, el apoyo social, la cultura y el género, influyen notablemente en la salud. Las mejoras que se produzcan en la situación económica y social de las personas de edad generarán también mejoras en su salud (5).

Sean cuales fueren las circunstancias en que se encuentren las personas de edad, todas ellas tienen derecho a vivir en un entorno que realce sus capacidades. Si bien algunas personas de edad necesitan un alto grado de atención y apoyo físicos, la mayoría quieren seguir siendo activas y productivas, incluso mediante actividades voluntarias, y son capaces de hacerlo. Es necesario adoptar políticas que habiliten a las personas de edad y respalden sus aportaciones a la sociedad (5).

Es un hecho reconocido que una vivienda satisfactoria puede ser beneficiosa para la salud y el bienestar. También es importante que, siempre que sea posible, las personas de edad tengan la posibilidad de elegir debidamente el lugar donde quieren vivir, factor que es preciso incorporar a las políticas y programas (5).

Al mismo tiempo, un gran número de personas está envejeciendo en soledad en las zonas rurales y ya no en el entorno tradicional de la familia extensa. Abandonadas a sus propios medios, a menudo carecen de transporte adecuado y de sistemas de apoyo.

El abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas .física, psicológica, emocional, financiera y se producen en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas.

El efecto de la experiencia traumática puede verse agravado por el hecho de que la vergüenza y el miedo lo que produce una renuencia a pedir ayuda. Las mujeres de edad corren mayor riesgo de ser objeto de maltrato físico y psicológico debido a las actitudes sociales discriminatorias y a la no realización de los derechos humanos de la mujer. Algunas prácticas tradicionales y costumbres perjudiciales se traducen en malos tratos y violencia contra las mujeres de edad, situación que suele verse agravada por la pobreza y la falta de acceso a la protección de la ley (5).

El goce de la salud en los años de la vejez es, naturalmente, una cuestión cada vez más importante para las personas de edad, la concentración de la atención pública en la magnitud y el costo de los servicios de atención a la salud, las pensiones y otros servicios ha promovido una imagen negativa del envejecimiento.

Los gobiernos tienen la responsabilidad primordial de aplicar las recomendaciones generales del Plan de Acción Internacional. Una primera medida necesaria para que la aplicación del Plan sea un éxito es incorporar el envejecimiento y los problemas de las personas de edad a los marcos nacionales de desarrollo y las estrategias nacionales de erradicación de la pobreza (5).

La mundialización ofrece oportunidades pero plantea problemas. Ante esos problemas y oportunidades los países en desarrollo y los países con economía en transición se enfrentan con dificultades especiales. El proceso de mundialización debe basarse en la equidad e incluir a todos; hay una gran necesidad de formular y aplicar políticas y medidas en los planos nacional e internacional, con la plena y activa participación de los países en desarrollo y los países con economía en transición para ayudarlos a superar esos problemas y aprovechar esas oportunidades (5).

Es importante que los fondos y programas de las Naciones Unidas se comprometan a incorporar la cuestión del envejecimiento a sus programas y proyectos, incluso a nivel nacional.

El envejecimiento debe verse como una etapa en la que también es posible el desarrollo de las capacidades de los hombres y las mujeres, como agentes activos

de nuestras sociedades, en las que deben seguir participando como ciudadanos de pleno derecho, con el pleno reconocimiento social (5).

Promover cada vez más el envejecimiento activo a través de políticas de prevención de la salud, de aprendizaje permanente y de una vida laboral flexible. Todo ello, aparte de aprovechar el potencial humano de los mayores, ayudará a afrontar los posibles costes que se deriven de la nueva estructura poblacional (5).

3.4 DERECHOS FUNDAMENTALES

“Considerando que el adulto mayor es amparado como ser humano igual en derechos a todos los demás integrantes de la sociedad, por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25, numeral 1), el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas No. 40/30 de 29-11-85, la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas No. 44/77 de 8-12-89, y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en su Informe Final (Doc. A/CONF.17/13 de 18-10-94)” (13).

“Se proclama la presente Declaración Universal de los Derechos del Adulto Mayor como ideal común por el cual todos los pueblos y Estados deben orientar sus esfuerzos dirigidos a lograr que la importante y creciente porción de la población global constituida por personas de edad pueda disfrutar en el futuro de los derechos del bienestar y del reconocimiento social que le corresponden no sólo por sus servicios pasados, sino también por los que todavía está en capacidad y en disposición de prestar” (13).

Artículo 1

“El adulto mayor tiene el derecho de ser tratado como ciudadano digno y autónomo no solo por sus méritos pasados sino también por los aportes que aún puede hacer al bienestar de la sociedad”(13).

Artículo 2

“El adulto mayor tiene el derecho a recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, segura, útil y agradable” (13).

Artículo 3

“El adulto mayor tiene derecho a la integración y la comunicación intergeneracional a la vez que intra-generacional, y debe disfrutar de amplias posibilidades de participación en la vida social, cultural, económica y política de su comunidad y país” (13).

Artículo 4

“El adulto mayor tiene derecho al cuidado de su salud, a través de una atención médico-asistencial integral y permanente, preventiva o curativa, que busque alternativas a la hospitalización o al internamiento institucional, y que aliente la atención a la salud en el ámbito familiar” (13).

Artículo 5

“El adulto mayor tiene derecho a que las autoridades nacionales, las sociedades civiles y la comunidad internacional alienten los estudios y las investigaciones en el ámbito de la gerontología, e intercambien información sobre esa materia” (13).

Artículo 6

“El adulto mayor tiene derecho a una alimentación sana, suficiente y adecuada a las condiciones de su edad, y por ello deben alentarse y difundirse los estudios y los conocimientos nutricionales correspondientes” (13).

Artículo 7

“El adulto mayor tiene derecho a una vivienda segura, higiénica, agradable y de fácil acceso físico que, en la medida de lo posible, le dé privacidad y el espacio necesario para una actividad creativa” (13).

Artículo 8

“El adulto mayor tiene derecho a facilidades y descuentos en tarifas para los transportes y las actividades de educación, cultura y recreación” (13).

Artículo 9

“El adulto mayor tiene derecho a vivir en una sociedad sensibilizada con respecto a sus problemas, sus méritos y sus potencialidades. Tanto en los diversos medios nacionales como a nivel internacional debe propiciarse un vasto esfuerzo para educar a todas las personas dentro de un espíritu de comprensión y tolerancia inter-etaria e inter-generacional” (13).

Artículo 10

“El adulto mayor tiene derecho al acceso a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo y ganar ingresos si él lo desea y su salud se lo permite” (13).

Artículo 11

“El adulto mayor tiene derecho a una flexibilización, dentro del marco de los diversos ordenamientos jurídicos nacionales, de las normas de jubilación y de pensión, que le ofrezcan diversas opciones con respecto a la edad de retiro, y conlleve la posibilidad de seguir total o parcialmente activo más allá de la edad de retiro mínima”(13).

Artículo 12

“El adulto mayor tiene el derecho de ser tenido en cuenta como fuente de experiencia y de conocimientos útiles para el conjunto de la sociedad. Debe aprovecharse su potencialidad como instructor o asesor en el aprendizaje y desarrollo de oficios, profesiones, artes y ciencias” (13).

Artículo 13

“El adulto mayor tiene derecho a la integración multi-generacional. En la medida de lo posible, debe evitarse toda segregación de las personas de edad en espacios reservados o su exclusión de actividades sociales. Debe ser propiciada a todos los niveles la formación de grupos multi-etarios” (13).

Artículo 14

“El adulto mayor tiene derecho a la más plena protección de su seguridad física y su integridad moral contra todo tipo de violencia, de ofensas, de discriminación y de extorsión. Con ese fin, debe establecerse en cada país una autoridad judicial o administrativa encargada de velar por la seguridad y la observancia de los derechos del adulto mayor. Dicha autoridad debería ser fácilmente accesible a las personas mayores que deseen presentar denuncias u obtener información y debería disponer de mecanismos de delegación o de representación en todas las comunidades locales” (13).

Artículo 15

“El adulto mayor tiene derecho a que se establezca un mecanismo igualmente a nivel internacional, de fiscalización y protección de sus derechos a escala mundial” (13).

Artículo 16

“El adulto mayor tiene derecho a un régimen de consideraciones especiales en caso de demandas judiciales civiles en su contra, y sobre todo debe estar amparado de la posibilidad de un perentorio desalojo de su vivienda. En caso de condenas penales, igualmente debe disfrutar de un régimen especial, con disposiciones tales como la detención domiciliaria en lugar de la reclusión en centros penitenciarios” (13).

Artículo 17

“El adulto mayor tiene el derecho de disfrutar del trato solidario y deferente establecido en los artículos anteriores, aunque no se encuentre en su propio país. Como principio general, los beneficios que la legislación nacional de cada Estado otorgue a las personas mayores de su propia nacionalidad, deben ser extendidas en forma igual a las personas mayores de nacionalidad extranjera, legalmente residiendo” (13).

Artículo 18

“Ninguno de los derechos enunciados en los artículos anteriores debe menoscabar el derecho del adulto mayor a disfrutar del apoyo y del auxilio de su familia, y particularmente de sus descendientes directos” (13).

Artículo 19

“Aparte de los derechos específicos enunciados en la presente declaración, el adulto mayor evidentemente participa en el disfrute de todos los derechos generales que dimanen de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de otros documentos e instrumentos internacionales” (13).

3.5 ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA DE MEDELLÍN

La calidad de vida está cobrando cada vez más importancia en el contexto de la vejez, al punto de convertirse en la meta gerontológica más perseguida y valorada de los últimos tiempos.

Ya no se trata solo de vivir más tiempo sino de vivirlo mejor y son precisamente estas dos premisas las metas básicas de las políticas sociales y sanitarias de la gran mayoría de los países, lo cual requiere de políticas sociosanitarias, actuaciones e intervenciones dirigidas a fomentar en la población estilos de vida sanos y comportamientos saludables que retrasen la aparición de problemas de salud y contribuyendo finalmente con el mejoramiento de la calidad de vida de la población (8).

Dada la relevancia del concepto de calidad de vida, ha surgido la necesidad de evaluarla. Al respecto, han existido dificultades en la definición de una base conceptual para medir este término, ya que engloba conceptos de naturaleza subjetiva, por ende, difíciles de cuantificar (14). La investigación de la calidad de vida se ha criticado por su carencia de vigor científico y de creatividad y sus bajos niveles de razonamiento teórico e innovación metodológica pero, al mismo tiempo, se ha defendido como una actividad importante y útil (8).

Los instrumentos de medición de calidad de vida permiten, entre otras cosas, identificar problemas no evaluados mediante otras herramientas, evaluar regularmente los niveles de calidad de vida y mantenerlos o mejorarlos, establecer diagnósticos diferenciales y proporcionar la atención diferencial según las necesidades, valorar los resultados de una intervención sociosanitaria y proporcionar medidas de resultado en investigaciones y prácticas clínicas (8).

La ciudad de Medellín, no ajena a la preocupación mundial por el apalancamiento y la promoción de programas orientados al desarrollo humano integral y al mejoramiento de la calidad de vida de la población más vulnerable; desarrolló en el año 2001 y en forma continua desde el año 2004 investigaciones anuales de tipo exploratorio e inferencial de las condiciones de vida de los hogares de la ciudad.

Para tal fin se ha utilizado una encuesta que proporciona información actualizada por comuna y corregimiento y que permite conocer, de primera mano, la situación actual de toda la comunidad con sus diferencias, situaciones y formas de vida.

Esta información es útil para la formulación y evaluación de las metas del Plan de Desarrollo de la Ciudad y el monitoreo y medición del impacto de las decisiones, programas y políticas públicas.

La Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de la ciudad de Medellín fue diseñada por la Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación, en asocio con el Centro de Estudios de Opinión de la Universidad de Antioquia (CEO). Se aplica con el objetivo general de obtener información confiable y oportuna, expresada estadísticamente, sobre variables físico espaciales y demográficas; y con los objetivos específicos de obtener el índice de calidad de vida por comunas y corregimientos e información básica sobre aspectos socioeconómicos y demográficos también a este nivel y, adicionalmente, por estrato socioeconómico (15).

Esta encuesta presenta resultados sobre la composición poblacional de la ciudad, aspectos de las viviendas, hogares, actividad económica, educación, salud y seguridad social, fuerza de trabajo e indicadores del nivel de calidad de vida de la población. El indicador calculado más importante es el índice de estándar de vida, donde cada una de las variables tiene una ponderación con la cual se pueden clasificar los hogares, según el valor o categoría que posean en cada una de las variables que entran en el índice. El Índice Calidad de Vida (ICV) para los hogares toma valores entre 0 y 100, mientras más cerca esté el ICV a 0 menor calidad de vida hay en el hogar (15).

La ECV es aplicada en las viviendas según estrato socioeconómico, en los hogares y a personas residentes en el municipio de Medellín. El CEO es quien se encarga de su operativización mediante entrevista directa al informante calificado

y a todas las personas pertenecientes a los hogares residentes en las viviendas que fueron seleccionadas para la muestra mediante muestreo aleatorio simple (MAS) para proporciones. Así mismo, esta organización se encarga de la crítica, codificación, digitación de la encuesta y validación base de datos.

Para el año 2009, la ECV se realizó en 21.784 viviendas de la ciudad de Medellín equivalentes a 21.872 hogares y 84.474 personas, para un promedio de 4 personas encuestadas por vivienda u hogar. El 38,2% de las viviendas donde se encuestó son del estrato socioeconómico bajo (15).

La realización de esta encuesta a lo largo de 6 años ha permitido identificar las variaciones del Índice de Calidad de Vida y las áreas que requieren mayor atención. Según la Administración Municipal, este índice evidencia el esfuerzo por mejorar las condiciones de bienestar de los habitantes de la ciudad.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la garantía del pleno goce y respeto de los derechos fundamentales a la salud, la vivienda y la recreación a los adultos mayores de 60 años, según la encuesta de calidad de vida del año 2009 en la ciudad de Medellín.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población adulta mayor de Medellín según la encuesta de calidad de vida del año 2009.
- Determinar el nivel de garantía del derecho fundamental a la salud del adulto mayor en Medellín según la encuesta de calidad de vida del año 2009.
- Determinar el nivel de garantía del derecho fundamental a la vivienda del adulto mayor en Medellín según la encuesta de calidad de vida del año 2009.
- Determinar el nivel de garantía del derecho fundamental a la recreación del adulto mayor en Medellín según la encuesta de calidad de vida del año 2009.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio realizado es de carácter descriptivo, cuantitativo, transversal; en el cual se midieron las variables que permitieron determinar el nivel de acceso de los adultos mayores (personas con 60 y más años) a las actividades y servicios necesarios para garantizar los derechos planteados en los objetivos general y específicos. Para establecer dicho nivel de manera más objetiva, se compararon estos resultados con los mismos obtenidos en el resto de la población.

5.2 FUENTE DEL DATO

Para el desarrollo del estudio se utilizó, como fuente de información secundaria, la Encuesta de Calidad de Vida de la ciudad de Medellín correspondiente al año 2009 (ECV 2009).

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Resolución 8430 de 1993 la investigación se clasifica sin riesgo ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Se salvaguardó la identidad de los participantes porque se utilizaron fuentes de información de datos secundarias que no contienen los nombres y documentos de identidad de la población estudiada.

5.4 POBLACIÓN DE REFERENCIA Y DE ESTUDIO

La población de referencia fueron los habitantes de la ciudad de Medellín en el año 2009, estimados en 2'316.853 según las proyecciones municipales de población 2005-2011 por sexo y grupos de edad, del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.

La población de estudio fueron 84.474 residentes de la ciudad de Medellín, registrados por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal, en la Encuesta de Calidad de Vida del año 2009 (ECV 2009). Por ser un estudio basado

en fuente secundaria, no se calculó muestra y se incluyó la totalidad de los encuestados.

5.5 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables que se analizaron están relacionadas con aspectos sociodemográficos y con cada uno de los derechos fundamentales analizados en la población de estudio (Tabla 1).

Tabla 1. Variables de estudio

NOMBRE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
Encuestados	Número de personas con edad igual o superior a 60 años	Cuantitativa	Continua	
Sexo	Sexo de género del encuestado	Cualitativa	Nominal	1: Masculino 2: Femenino
Edad	Años cumplidos del encuestado	Cualitativa	Nominal	1: 60 a 64 2: 65 a 69 3: 70 a 74 4: 75 a 79 5: 80 y más
Estado civil	Estado civil del encuestado	Cualitativa	Nominal	1: Soltero(a) 2: Casado(a) 3: Viudo(a) 4: Separado(a) o Divorciado(a) 5: No está casado y vive en pareja
Etnia	Grupo poblacional al cual pertenece el encuestado	Cualitativa	Nominal	1: Comunidad negra, Afrodescendiente o Afrocolombiano 2: Mestizo 3: Blanco 4: Raizal, Grupo indígena u otro
Área de residencia	Área geográfica de residencia	Cualitativa	Nominal	1: Urbana 2: Rural
Afiliación a salud	Tipo de afiliación al Sistema de	Cualitativa	Nominal	1: Contributivo 2: Subsidiado 3: No afiliado

NOMBRE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
	Seguridad Social en Salud			encuestado en el SISBEN 4: No afiliado no encuestado en el SISBEN
SISBEN	Nivel del SISBEN	Cualitativa	Nominal	1: Con SISBEN 2: Sin SISBEN
Estado de salud	Percepción del estado de salud en general	Cualitativa	Nominal	1: Malo 2: Regular 3: Bueno 4: Excelente
Vivienda	Tipo de Vivienda en la que se reside	Cualitativa	Nominal	1: Rancho o vivienda de desechos 2: Cuarto 3: Apartamento 4: Casa
Ocupación vivienda	Modo de ocupación de la vivienda	Cualitativa	Nominal	1: En arriendo o subarriendo 2: Propia 3: Otros modos de ocupación
Energía	Tenencia del Servicio público de Energía	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Acueducto	Tenencia del Servicio público de Acueducto	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Alcantarillado	Tenencia del Servicio público de Alcantarillado	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Telefonía	Tenencia del Servicio público de Telefonía	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Gas Natural	Tenencia del Servicio público de Gas Natural	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Aseo	Tenencia del Servicio público de Aseo	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No

NOMBRE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
Programas lúdico-recreativos	Inscripción en programas lúdico-recreativos y/o deportivos	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Eventos y/o programas culturales	Participación en eventos culturales, festividades, ferias, conciertos y/o programas culturales (capacitaciones, talleres, foros, seminarios)	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Vacaciones	Disfrute de Vacaciones familiares	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No

5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y PROCESO DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Tras hacer un análisis minucioso de todas las variables contenidas en la Encuesta de Calidad de Vida del año 2009 se eligieron las que, según los objetivos definidos, aportaban información clave para la solución de la pregunta de investigación.

Con las variables seleccionadas se construyó una base de datos, que se constituyó en el instrumento de análisis para la obtención de los indicadores definidos.

5.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Se identificaron dos posibles sesgos, relacionados ambos con el diseño de la encuesta que sirvió como fuente de información:

- Las encuestas fueron realizadas puerta a puerta, en viviendas de familia, por tanto es poco probable que se hayan incluido instituciones geriátricas y de cuidado del adulto mayor. Esto puede aumentar artificialmente los niveles de calidad de vida de este segmento de población. El control de este sesgo se hizo en el momento del análisis contenido en la discusión.

- No hay claridad acerca de la zona en que se realizó la encuesta, aparentemente se hizo en zona urbana y probablemente en algunos corregimientos pero siempre en cabeceras, no en el área rural. Igualmente el control se realizó considerándolo expresamente en el análisis de los resultados.

5.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Utilizando los software SPSS® Portable versión 18 y Microsoft Excel® 2010, se extrajeron las variables de interés y se consolidaron en una base de datos, mediante la cual se realizaron los cruces necesarios para responder a la pregunta de investigación y a los objetivos específicos. Los cruces realizados se ilustran en la Tabla 2.

Tabla 2. Cruce de variables

NOMBRE	VARIABLES UTILIZADAS	CONSTRUCCIÓN	MENORES DE 60 AÑOS	ADULTOS MAYORES
Proporción de personas encuestadas en Medellín	Encuestados	(Número de personas mayores de 60 años de Medellín / Número de personas encuestadas en Medellín)*100		14.1
Proporción de hombres mayores de 60 años	Sexo	(Número de hombres mayores de 60 años / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		39.6
Proporción de personas de 60 a 64 años	Edad	(Número de personas de 60 a 64 años / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		30.3
Proporción de personas de 65 a 69 años	Edad	(Número de personas de 65 a 69 años / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		22.7
Proporción de personas de 70 a 74 años	Edad	(Número de personas de 70 a 74 años / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		18
Proporción de personas de 75 a 79 años	Edad	(Número de personas de 75 a 79 años / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		13.3

NOMBRE	VARIABLES UTILIZADAS	CONSTRUCCIÓN	MENORES DE 60 AÑOS	ADULTOS MAYORES
Proporción de personas de 80 y más años	Edad	(Número de personas de 80 y más años / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		15.6
Proporción de personas mayores de 60 años soltero (a)	Estado Civil	(Número de personas mayores de 60 años soltero (a) / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		16.2
Proporción de personas mayores de 60 años Casado (a)	Estado Civil	(Número de personas mayores de 60 años Casado (a) / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		44.9
Proporción de personas mayores de 60 años Viudo (a)	Estado Civil	(Número de personas mayores de 60 años Viudo (a) / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		26.2
Proporción de personas mayores de 60 años Separado (a) o divorciado (a)	Estado Civil	(Número de personas mayores de 60 años Separado (a) o divorciado (a) / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		7.8
Proporción de personas mayores de 60 años que viven en pareja	Estado Civil	(Número de personas mayores de 60 años que viven en pareja / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		4.8
Proporción de personas mayores de 60 años Afrodescendiente, Afrocolombiana o de Comunidad negra	Etnia	(Número de personas mayores de 60 años Afrodescendiente, Afrocolombiana o de Comunidad negra / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		1.1
Proporción de personas mayores de 60 años Blancas	Etnia	(Número de personas mayores de 60 años Blancas / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		13.7

NOMBRE	VARIABLES UTILIZADAS	CONSTRUCCIÓN	MENORES DE 60 AÑOS	ADULTOS MAYORES
Proporción de personas mayores de 60 años Mestizos	Etnia	(Número de personas mayores de 60 años Mestizos / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		84.6
Proporción de personas mayores de 60 años Raizales, de Grupo indígena u otra etnia	Etnia	(Número de personas mayores de 60 años de Otra Etnia / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		0.6
Proporción de personas mayores de 60 años que residen en Zona Urbana	Área de residencia	(Número de personas mayores de 60 años que residen en el área urbana / Número de personas mayores de 60 años encuestadas)*100		94.5
Proporción de personas sin SISBEN	SISBEN	(Número de personas sin SISBEN / Número de personas encuestadas)*100	34.6	50.9
Proporción de personas sin SISBEN afiliadas al Régimen Contributivo	SISBEN Afiliación a Salud	(Número de personas sin SISBEN afiliadas al Régimen Contributivo / Número de Personas sin SISBEN)*100	82.7	94.3
Proporción de personas afiliadas al Régimen Contributivo	Afiliación a Salud	(Número de personas afiliadas al Régimen Contributivo / Número de personas encuestadas)*100	51.8	69.7
Proporción de personas afiliadas al Régimen Subsidiado	Afiliación a Salud	(Número de personas afiliadas al Régimen Subsidiado / Número de personas encuestadas)*100	27	19.5
Proporción de personas no afiliados y encuestados en el SISBEN	Afiliación a Salud	(Número de personas no afiliados y encuestados en el SISBEN / Número de personas encuestadas)*100	15.2	7.9
Proporción de personas no afiliados y no encuestados en el SISBEN	Afiliación a Salud	(Número de personas no afiliados y no encuestados en el SISBEN / Número de personas encuestadas)*100	6	2.9

NOMBRE	VARIABLES UTILIZADAS	CONSTRUCCIÓN	MENORES DE 60 AÑOS	ADULTOS MAYORES
Proporción de personas con percepción del estado de salud Excelente	Estado de Salud	(Número de personas con estado de salud Excelente / Número de personas encuestadas)*100	5.5	3.2
Proporción de personas con percepción del estado de salud Bueno	Estado de Salud	(Número de personas con estado de salud Bueno / Número de personas encuestadas)*100	85.8	61.5
Proporción de personas con percepción del estado de salud Regular	Estado de Salud	(Número de personas con estado de salud Regular / Número de personas encuestadas)*100	7.9	30.6
Proporción de personas con percepción del estado de salud Malo	Estado de Salud	(Número de personas con estado de salud Malo / Número de personas encuestadas)*100	0.7	4.6
Proporción de personas que viven en rancho o vivienda de desechos	Vivienda	(Número de personas que viven en rancho o vivienda de desechos / Número de personas encuestadas)*100	0.9	0.3
Proporción de personas que viven en cuartos	Vivienda	(Número de personas que viven en cuartos / Número de personas encuestadas)*100	0.6	0.3
Proporción de personas que viven en apartamento	Vivienda	(Número de personas que viven en apartamento / Número de personas encuestadas)*100	44.1	40.3
Proporción de personas que viven en casa	Vivienda	(Número de personas que viven en casa / Número de personas encuestadas)*100	54.4	59
Proporción de personas que viven en vivienda arrendada o subarrendada	Ocupación vivienda	(Número de personas que viven en vivienda arrendada o subarrendada / Número de personas encuestadas)*100	36.6	19.6
Proporción de personas que	Ocupación vivienda	(Número de personas que viven en vivienda propia /	57.1	74.8

NOMBRE	VARIABLES UTILIZADAS	CONSTRUCCIÓN	MENORES DE 60 AÑOS	ADULTOS MAYORES
viven en vivienda Propia		Número de personas encuestadas)*100		
Proporción de personas que viven bajo otra modalidad de ocupación	Ocupación vivienda	(Número de personas que viven bajo otra modalidad de ocupación / Número de personas encuestadas)*100	6	5.4
Proporción de personas con servicio de energía en la vivienda	Energía	(Número de personas con servicio de energía en la vivienda / Número de personas encuestadas)*100	100	100
Proporción de personas con servicio de acueducto en la vivienda	Acueducto	(Número de personas con servicio de acueducto en la vivienda / Número de personas encuestadas)*100	99.6	99.7
Proporción de personas con servicio de alcantarillado en la vivienda	Alcantarillado	(Número de personas con servicio de alcantarillado en la vivienda / Número de personas encuestadas)*100	99.2	99.5
Proporción de personas con servicio de telefonía en la vivienda	Telefonía	(Número de personas con servicio de telefonía en la vivienda / Número de personas encuestadas)*100	94.8	96.8
Proporción de personas con servicio de gas natural en la vivienda	Gas Natural	(Número de personas con servicio de gas natural en la vivienda / Número de personas encuestadas)*100	50.7	58.1
Proporción de personas con servicio de recolección de basuras en la vivienda	Aseo	(Número de personas con servicio de aseo en la vivienda / Número de personas encuestadas)*100	98.6	98.9
Proporción de personas inscritos en programas lúdicos –	Programas Lúdicos-Recreativos	(Número de personas que está inscrito en programas lúdicos – recreativos y/o deportivos / Número de	4	4

NOMBRE	VARIABLES UTILIZADAS	CONSTRUCCIÓN	MENORES DE 60 AÑOS	ADULTOS MAYORES
recreativos y/o deportivos		personas encuestadas)*100		
Proporción de personas que participan en eventos y/o programas culturales	Eventos y/o programas culturales	(Número de personas que participan en eventos y/o programas culturales / Número de personas encuestadas)*100	6.5	3.8
Proporción de personas que disfrutan de vacaciones familiares	Vacaciones	(Número de personas que disfrutan de vacaciones familiares / Número de personas encuestadas)*100	9.3	10.9
Proporción de personas que no responden sobre las vacaciones familiares	Vacaciones	(Número de personas que no responden sobre las vacaciones familiares / Número de personas encuestadas)*100	3.9	4.1

6 RESULTADOS

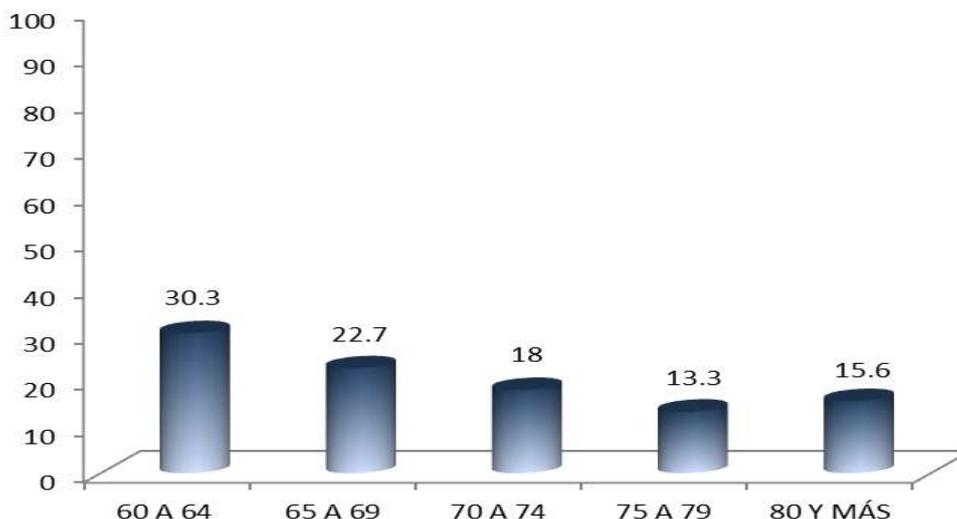
Una vez realizados los cruces respectivos se encontró lo descrito a continuación:

6.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS EN MEDELLÍN

La proporción de adultos mayores entre la población encuestada fue del 14.1% (11.948 de un total de 84.474 encuestados). El 94.5% de estos adultos mayores residen en el área urbana. El 39.6% de ellos fueron de sexo masculino y el grupo de edad más frecuente fue el de 60 a 64 años.

Solo el 50.9% se encuentran encuestados por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), sin embargo el 94.3% de ellos se encuentran afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Gráfico 1. Distribución por grupos de edad



En cuanto al estado civil, se evidenció que del total de adultos mayores encuestados el 44.9% están casados y el 26.2% viudos.

Gráfico 2. Distribución por estado civil



Tabla 3. Distribución por grupos étnicos

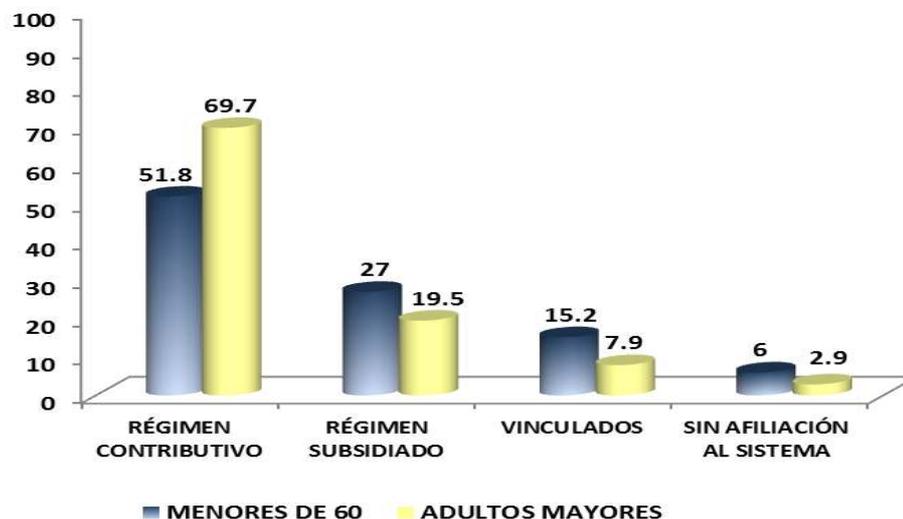
ETNIA	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Comunidad negra	129	1.1 %
Blancos	1.633	13.7 %
Mestizos	10.112	84.6 %
Otra etnia	74	0.6 %
Total	11.948	100%

El grupo más frecuente es el de mestizos con el 84.6%, es de aclarar que en la categoría comunidad negra se incluyen afrodescendientes, afrocolombianos y negros, y en la categoría otras etnias se incluyen los grupos indígenas, los raizales y quienes pertenecen a otros grupos étnicos especiales.

6.2 DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES.

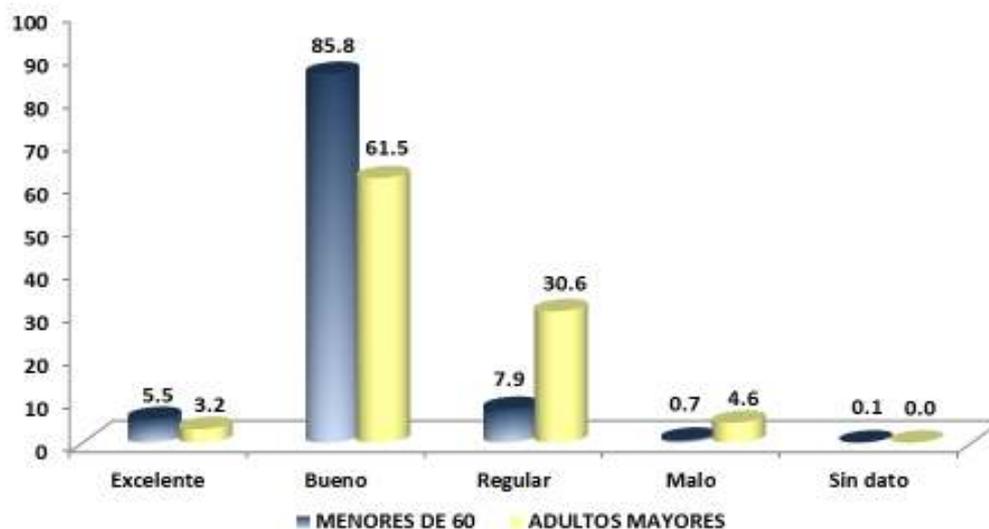
Respecto al nivel de garantía de los derechos fundamentales a la salud, la vivienda y la recreación se obtuvieron los siguientes resultados.

Gráfico 3. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud



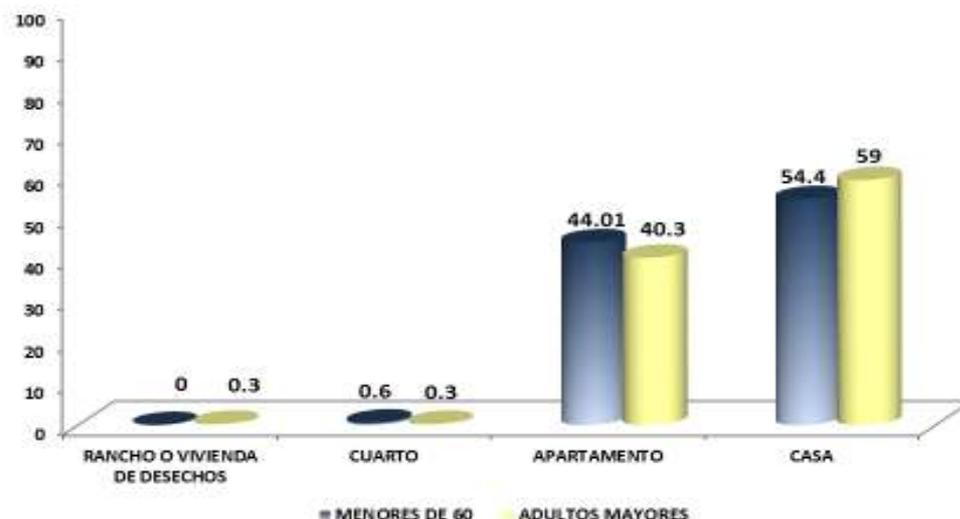
La más alta proporción se encuentra afiliada en el régimen contributivo (en el que están incluidos también los afiliados en regímenes especiales) con un 69.7% en adultos mayores y un 51.8% en el resto de la población, seguido del subsidiado con un 19.5% y 27% respectivamente.

Gráfico 4. Percepción del estado de salud



En ambos grupos poblacionales, aunque con menor predominio en el segmento de 60 y más años, la percepción del estado de salud es buena.

Gráfico 5. Tipo de vivienda.

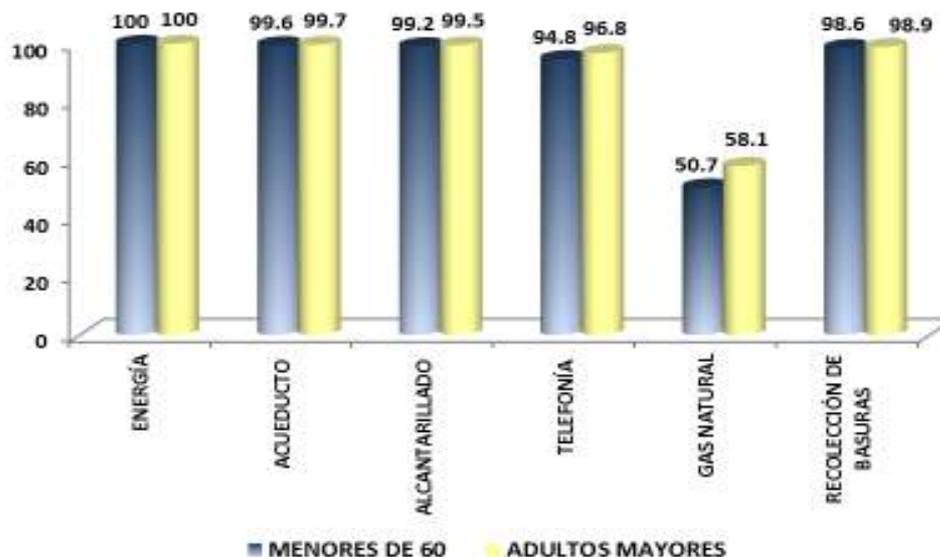


Tanto en el segmento con 60 años y más, como en el resto de la población predominan la casa y el apartamento como los tipos de vivienda en las que se reside. En ambos grupos poblacionales es más frecuente la ocupación de vivienda propia, seguida de la arrendada.

Tabla 4. Modo de ocupación de la vivienda

MODO DE OCUPACIÓN DE LA VIVIENDA	MENORES DE 60		ADULTOS MAYORES	
	FRECUENCIA	PROPORCIÓN	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
Arrendada o subarrendada	26.565	36.6%	2.338	19.6%
Vivienda propia	41.398	57.1%	8.933	74.8%
Otra modalidad de ocupación	4.365	6.0%	648	5.4%
Sin dato	198	0.3%	29	0.2%
Total	72.526	100%	11.948	100%

Gráfico 6. Acceso a servicios públicos



Con excepción de la conexión a gas natural, la accesibilidad a los servicios públicos se encuentra generalmente por encima del 95%, sin diferencia importante entre segmentos poblacionales.

Gráfico 7. Acceso y participación en programas lúdicos y actividades recreativas



En ambos segmentos de la población las proporciones de acceso y participación en programas lúdicos y actividades recreativas son bajas, siendo la mas alta la relacionada con las vacaciones familiares. Con excepción de los eventos y programas culturales, en general no se encontraron diferencias importantes entre los grupos en las actividades incluidas.

7 DISCUSIÓN

En primera instancia es necesario aclarar que dentro de la literatura consultada, no se encontró una manera estandarizada y validada para medir el nivel de cumplimiento de los derechos fundamentales a las poblaciones, de otro lado no se cuenta con estándares que permitan calificar la garantía de esos derechos especialmente aplicados a la población de adultos mayores (personas con 60 años o más). Adicionalmente en ese segmento de población se plantean algunos derechos fundamentales distintos establecidos en la segunda asamblea General de las Naciones Unidas entre los cuales se encuentran el derecho a la vivienda, a la salud y a la recreación.

En ese orden de ideas y utilizando los resultados de la encuesta de calidad de vida en la ciudad de Medellín en el año 2009, se realizó un comparativo entre los dos segmentos poblacionales (adultos mayores y el resto de la población), con base en las variables contenidas en dicha encuesta que tuvieran estrecha relación con los derechos fundamentales arriba mencionados. Sin embargo el diseño técnico y la aplicación de la encuesta presentan algunas características que pueden sesgar los resultados, y son básicamente: 1) al parecer la aplicación de la encuesta se realizó solamente en el área urbana de la ciudad de Medellín y probablemente en algunas cabeceras de corregimientos, pero no en el área rural. 2) la aplicación se hizo puerta a puerta por lo que es probable que la mayoría de las encuestas se refieran a casas de familia en las cuales las personas adultas mayores viven solas o acompañadas de sus familiares.

Con respecto al derecho a la salud se encontró que la población de adultos mayores tiene una más alta proporción de afiliación al régimen contributivo, siendo esta más alta que la observada en el resto de la población, adicionalmente la proporción de no afiliados al sistema de salud es inferior en los primeros que en los segundos. De otro lado aunque la proporción de adultos mayores sin encuesta de SISBEN (necesaria para acceder al sistema a través del régimen subsidiado) es mas alta, esto no parece ser un problema ya que las proporciones de cobertura son mayores para los adultos mayores y estos tienen, desde este concepto, una mayor garantía de su derecho a la salud. Adicionalmente se encuentra que la percepción de salud en general, es mejor en el resto de la población, esto probablemente debido a los problemas derivados de las enfermedades crónicas no transmisibles y los efectos del envejecimiento que afectan a los mayores. De todas maneras sigue siendo alta la proporción de los mayores que considera su salud como buena. No es posible asegurar que estas características se extiendan a las áreas rurales e incluso urbanas que no fueron cubiertas por la encuesta de la cual se obtuvo la información.

Una muy alta proporción de las personas en ambos segmentos de población, habitan en casa o apartamento y cuentan con servicios públicos básicos casi en el

100%, todo lo cual indica un muy adecuado nivel de vida en ese aspecto. Adicionalmente la proporción de vivienda propia es mayor en el grupo de mayores que en el resto de la población. Es escasa la proporción de personas que viven en cuartos de alquiler o en ranchos, esto nuevamente puede estar condicionado por las características especiales de la encuesta y su aplicación puesto que es muy poco probable que hayan sido incluidas las zonas rurales, los hogares geriátricos y otros establecimientos de cuidados del adulto mayor.

Por último en el derecho a la recreación se evidenció que no existe diferencia importante entre los dos segmentos de población, los resultados son prácticamente iguales, excepto en lo relacionado con la asistencia a eventos y/o programas culturales a los cuales asisten con mayor frecuencia los menores de 60 años, probablemente por su mayor autonomía y capacidad de movilización.

Como gran conclusión podría decirse que, entre la población encuestada, no existen indicios de que los derechos fundamentales explorados través de las variables incluidas en el estudio, estén siendo garantizados y respetados en forma distinta en los dos grupos poblacionales comparados, es claro incluso que algunos de ellos como sucede con la salud y la vivienda, tengan un mayor grado de garantía para la población de adultos mayores. Sin embargo esto solo puede ser aplicado exclusivamente a la población encuestada dadas las dos características de la encuesta descritas al inicio de la discusión. Es entonces probable que, si se incluyen el área rural y se aplica dicha encuesta de manera más amplia en todos los sectores de la ciudad (incluyendo otros lugares distintos a las viviendas familiares), los resultados varíen, pero tampoco puede asegurarse en qué dirección se dará esa variación, si para mejorar o para empeorar.

De todo esto resulta una sugerencia final relacionada con el diseño y aplicación de este tipo de encuestas de calidad de vida; ambos deberán tener estrategias que permitan incluir representación de todas las zonas geográficas tanto rurales como urbanas, y de todas las personas a las que se inferirán los resultados, lo cual no puede garantizarse si la estrategia de aplicación del instrumento de recolección de datos se hace mediante la modalidad de canalización (puerta a puerta).

REFERENCIAS

1. SUBERCASEAUX M. Causas y consecuencias del envejecimiento poblacional. [Fecha de último acceso: marzo 30 de 2011] Disponible en: www.hacerfamilia.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=382:causas-y-consecuencias-del-envejecimiento-poblacional&catid=48:points&Itemid=77
2. UNIVERSIDAD MARISTA DE MERIDA. El envejecimiento de la población mundial. [Fecha de último acceso: 26 de marzo de 2011] Disponible en: www.marista.edu.mx/documents/download/33/envejecimiento-de-la-poblacion-mundial.
3. MAYA LH. Componentes de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. [Fecha de último acceso: 26 de marzo de 2011] Disponible en: www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm
4. CARDONA D. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2010; 28 (2): 149 -160
5. NACIONES UNIDAS, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid 8 al 12 de abril de 2002, 1-79
6. SOLANO BT. ¿Cuál calidad de Vida? En el mejor de los casos esta superdeteriorada. (1997). Documento periodístico. Medellín. Colombia.
7. AZPIAZU GARRIDO M, CRUZ JENTOFTB A, VILLAGRASA FERRERC J.R, ABANADES HERRANZD JC, GARCÍA MARÍNE N, ÁLVAREZ DE MON REGOF C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. Atención Primaria 2003; 31(5):285-294.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2):74-105.
9. YANGUAS LEZAUN JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006; 109 – 126
10. MOLINA LINDE JM, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ M, RUBIO R, URIBE R AF. Diferencias en la calidad de vida y estado anímico de pacientes mayores hospitalizados según el género. Pensamiento psicológico 2005, 1(4):17-26

11. MORALES LÓPEZ A. Los factores Socio-ambientales y la salud del adulto mayor. Propuesta de intervención comunitaria.[Tesis de maestría]. Cuba: Universidad de Camagüey; 2001
12. RAMÍREZ ZÚÑIGA JA. Seminario Situación Actual de la Personas Adultas Mayores en Colombia, Legislación y Programas de Atención al Adulto Mayor. .[Tesis de Programa de enfermería]. Colombia: Universidad SurColombia 2009: 1-16
13. Proyecto de Declaración Universal de los Derechos del Adulto Mayor. Fecha de último acceso: 29 de septiembre de 2011] Disponible en: <http://www.adolfotaylhardat.net/proyectedeclaracionsobreladultomayor.htm>
14. RAMÍREZ VÉLEZ R, AGREDO R, JEREZ AM, CHAPAL L. Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia Rev. Salud pública 2008, 10 (4):529-536.
15. ALCALDÍA DE MEDELLÍN, Departamento de Planeación. ficha técnica Encuesta Calidad de Vida 2009. . [Fecha de último acceso: 29 de marzo de 2011] Disponible en: www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://0f46ce9c57bf96b520b1439a7be04b24