

CARDONA ARANGO, DORIS; AGUDELO GARCÍA, HECTOR BYRON

Seguridad social de la población adulta de Medellín en el año 2005

CES Medicina, vol. 21, núm. 1, enero-junio, 2007, pp. 9-21

Universidad CES

Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=261120984003>



CES Medicina

ISSN (Versión impresa): 0120-8705

revistamedica@ces.edu.co

Universidad CES

Colombia

¿Cómo citar?

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista

Seguridad social de la población adulta de Medellín en el año 2005

Social security of the adult population of Medellin in 2005

DORIS CARDONA ARANGO¹, HECTOR BYRON AGUDELO GARCÍA²

Forma de citar: Cardona D, Agudelo HB. Seguridad social de la población adulta de Medellín en el año 2005. Rev CES Med 2007; 21 (1): 9-21

RESUMEN

O **bjetivo.** Caracterizar la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años de la ciudad de Medellín en el 2005, según componentes demográficos y de afiliación al Sistema General de Seguridad Social.

Métodos. Estudio poblacional descriptivo transversal, con fuente de información primaria constituida por dos muestras: 659 hombres y 683 mujeres de 20 a 64 años, que representaron a 523 705 y 651 704 respectivamente, según factores de expansión poblacional; seleccionados con muestreo complejo probabilístico, estratificado, por conglomerados y polietápico.

Resultados. Los hombres representan el 44,6 % de los habitantes de la Ciudad, tienen una edad mediana de 37 años, el 41 % son solteros y 35 % casados; el 56 % nació en Medellín y regresó a su tierra natal el 6 %. Las mujeres son el 55,4 % de la población de la Ciudad, con edad mediana de 40 años; el 40 % son casadas y solteras el 32 %; el 51 % nació en la Ciudad y el 48 % ha vivido todo el tiempo en ella y presentan una tasa global de fecundidad de 1,9 hijos por mujer. El 15,9 % de los adultos no tienen cubierta su seguridad social en salud por falta de dinero o de un empleo estable. Al sistema de pensiones están afiliados el 35,2 % y a una administradora de riesgos profesionales el 28,7 %.

¹ Magíster en Epidemiología y Salud Pública con énfasis en Salud Mental. Estudiante doctorado en Demografía. Empleada Administrativa Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Grupo de Investigación Demografía y Salud. E: mail: doriscar@guajiros.udea.edu.co

² Magíster en Salud Pública. Profesor Titular Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Grupo de Investigación Demografía y Salud.

Recibido: 12 noviembre / 2006. Revisado: 18 enero / 2007. Aceptado: 18 marzo / 2007

Conclusiones. La viudez es más alta en las mujeres que en los hombres, con las implicaciones que esto conlleva y en cuando a la afiliación al sistema de seguridad social, no se encontró diferencia por sexo, pero es evidente el incremento del 20 % de afiliación masculina a los fondos de pensiones y a las administradoras de riesgos laborales respecto a la femenina.

PALABRAS CLAVE

Migración

Fecundidad

Seguridad Social

Pensiones

Riesgos Laborales

SUMMARY

Objective. To characterize the population of men and women of 20 to 64 years of the Medellín in 2005, according to demographic components and affiliation to the General System of Social Security.

Methods. Cross-sectional descriptive population study, with primary source of information constituted by two samples: 659 men and 683 women of 20 to 64 years, represented 523 705 and 651 704 respectively, according to factors of population expansion; selected with probabilistic complex sampling, stratified, conglomerates, multi-stage.

Results. The men represent 44,6 % of the inhabitants of the City, have a median age of 37 years; 41 % are unmarried and married 35 %; 56 % were born in Medellín and returned to their native city 6 %. The women are 55,4 % of the population of the city, with medium age of 40 years; 40 % are married and unmarried 32 %; 51 % were born in the city and 48 % have lived all along in the city and have a global rate of fecundity of 1,9 children by woman. 15,9% of adults do not have cover their social

security in health by lack of money or a stable occupation. In the pension system 35,2 % are affiliated and with an administrator of professional risks 28,7 %.

Conclusions. The widowhood is higher in the women than men, with the implications that this entails, and in relation to the affiliation to the social security system, there not difference by sex, but it evident the increase of 20% masculine affiliation to the pension system and the administrators of occupational risks with respect to women.

KEY WORDS

Migration

Fertility

Social Security

Pensions

Occupational Risks

INTRODUCCIÓN

Las transformaciones sociales y económicas que han tenido lugar en América Latina durante los años 60 y 70 han dejado la huella en el perfil demográfico de los países. La expansión de la economía ha permitido el aumento en los ingresos, los avances médicos, el mejoramiento en el estado nutricional y un mayor acceso a la atención en salud y a la educación, han influenciado el comportamiento demográfico y acelerado el proceso de urbanización, contribuyendo a mejorar la salud, prolongar la vida, modificar valores, creencias y comportamientos referidos a la vida familiar y al número deseado de hijos (1).

La fecundidad, la mortalidad y las migraciones afectan el crecimiento y la distribución por edades de la población, dando lugar a la disminución, estancamiento o expansión de diferentes grupos, que a su vez, generan demandas diferentes. De estos tres

componentes demográficos, la fecundidad es la que mayor influencia ha tenido en el proceso de cambio, por su fuerte impacto en el tamaño de las nuevas generaciones; las causas de su descenso son atribuida a factores directos como la difusión de métodos anticonceptivos y el cambio de mentalidad en el comportamiento reproductivo, acorde con el deseo de tener un menor número de hijos, y a factores indirectos que afectan el comportamiento reproductivo, como nupcialidad, edad de casarse, frecuencia de las relaciones sexuales, entre otros (1). El control de la fecundidad a través de métodos anticonceptivos, la capacidad de decidir el número y espaciamiento de los hijos, es uno de los logros más importantes a partir de la década de los años sesenta (2).

El otro elemento que aporta a la distribución por edades de una población tiene que ver con las migraciones y la movilidad interna de sus habitantes. La migración está referida al universo de desplazamientos constantes que se realizan hacia y desde distintas áreas geográficas, con la finalidad de desarrollar actividades tanto económicas como educativas, culturales, sociales, etc (3). También son formas de migración los asilados, refugiados y desplazados (4-6).

La transición demográfica –tendencias de la mortalidad y de la fecundidad en el transcurso del tiempo- que se vive en los países de América, ha generado demandas específicas y complejas de servicios y bienes sociales y de salud, llevando a la población a la polarización epidemiológica, entendida como el proceso de repercusiones simultáneas y sustanciales sobre el perfil de mortalidad de la población, tanto por las enfermedades transmisibles como las no transmisibles y las causas externas, especialmente en grupos vulnerables como los pobres y los ancianos (7,8).

El perfil epidemiológico de un país depende de la composición demográfica de su población, como la edad y el sexo, pues los procesos patológicos diferentes están asociados a edades diferentes y a

la composición por estratos o clases sociales; también, los avances en la prolongación de la vida y en la calidad de la misma se han logrado, pero cada día la ganancia en la esperanza de vida es menor(1).

Del ciclo de vida del ser humano, la edad adulta es la etapa del ciclo de vida con mayor exposición a factores de riesgo, hábitos conductuales nocivos para la salud y un cúmulo de riesgos en el transcurso de la vida que lo hacen proclive a desarrollar más tempranamente enfermedades crónicas, no transmisibles y mentales; sumado a factores sociales adversos como la violencia, y el aumento en la mortalidad por accidentes de tránsito y por lesiones en estos grupos poblacionales.

Culturalmente se llega a la edad adulta o adultez cuando se experimenta la realización profesional, se mira hacia atrás constantemente, autoevaluándose con relación a sus aspiraciones anteriores y a lo que han logrado, y finalmente se llega a un nivel de maduración moral que implica alejarse de los convencionalismos para dirigirse a partir de los propios principios. Esto significa para algunos, la posibilidad de vivir su vida de manera más libre y despreocupada (9).

En la adultez se diferencian dos etapas: adulto joven y adulto medio o intermedio. El adulto joven es la etapa del ciclo vital de los 20 hasta los 40 años, en la que se adquiere mayor estabilidad emocional, autonomía, proyección en cuanto a metas y se espera adquirir estabilidad emocional, abandonar el hogar paterno, trabajar y mantenerse, casarse y ser padre; el logro de las metas en esta etapa, determina el resto de la vida como adulto. El adulto joven está en un período de aprendizaje, de ajuste y toma de decisiones, que lo llevan a comprometerse y a definir un estilo de vida propio; psicológicamente se espera que ya hayan cumplido con las tareas de la adolescencia como la emancipación, la tranquilidad sexual, la identidad integrada y la capacidad de compromiso (10,11).

La etapa del adulto medio o intermedio se inicia entre los años 40-45 y va hasta los 60-65 años. La

tarea principal es la auto comprensión, la autonomía personal, la búsqueda del equilibrio en el desarrollo de las emociones y pensamientos, coherencia entre lo que se siente, piensa y hace y, los confronta con los aspectos importantes de su vida. La personalidad tanto de hombres como mujeres se ve afectada; la mujer se vuelve más introvertida, con menos inclinación a correr riesgos, lo que la lleva a enfrentar la vida de una manera distinta a como lo hacía en la adultez joven. Los hombres se ubican en función de su trabajo y a la vez se sienten presionados por él, se cuestionan sobre si esta vida que llevan debe o no ser su destino (11,12).

Tal como el adulto joven, el medio posee un pensamiento formal particular que le determina cierto grado de rigidez, haciéndole difícil enfrentar el cambio y la novedad de las diversas situaciones que vive. Las personas hasta los 40 años tienden a pensar que el futuro es infinito mientras que en los 50 empiezan a pensar, más bien, en el tiempo que les queda por vivir y en lo inevitable de su propia muerte, lo que a muchos los lleva a empezar a estructurar sus vidas en términos de prioridades (13).

En salud, en esta etapa de la vida se es relativamente sano, presenta tendencia a la automedicación, subvaloración del riesgo, letalidad o consecuencias funestas tanto para el adulto como para su familia, su entorno social y laboral (14,15), siendo los mayores aportantes del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) por su condición de ser económicamente activos, son afectados directamente por las reformas laborales y pensionales, y son pocos los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidos a ellos, estando más expuestos a riesgos industriales y ambientales, accidentes laborales y de tránsito, conflictos armados y actos de violencia, con la subsecuente pérdida de autonomía o discapacidad (14).

Con la implementación del SGSS en Colombia en 1993, se buscó regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención. La Ley 100 unificó el sistema público, privado

y de seguridad social e impuso un modelo de competencia regulada para mejorar la eficiencia y la equidad de los servicios de salud, fomentó la operación de prestadores y aseguradores, estableció las tarifas y los servicios mínimos que debe incluir cada uno, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida, bajo los principios fundamentales de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (16).

Con el aumento de la población adulta, el envejecimiento de la población y el desplazamiento de la carga global de la enfermedad hacia las enfermedades crónicas, el modelo de seguridad social de los países debe garantizar una asistencia coordinada y eficiente. Esto requerirá una nueva orientación de los sistemas de salud que actualmente se organizan alrededor de experiencias de enfermedades graves y episódicas, no adecuados para afrontar las necesidades sanitarias de las poblaciones (17).

Todos los esfuerzos a mejorar los sistemas de atención sanitaria en los países en desarrollo se enfrentan a numerosos retos: formación y retención del personal sanitario, gestión de la información sanitaria, financiamiento y rectoría pública en un contexto sanitario pluralista. Muchos otros problemas afronta cada país, pero éstos son los de más urgente atención, de no superarse, poco se logrará hacer para mejorar el acceso a la atención de las personas más pobres y vulnerables (18).

Por ello se buscó caracterizar la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años de la ciudad de Medellín en el 2005, según componentes demográficos y de afiliación al Sistema General de Seguridad Social, la cual hace parte de los resultados de la investigación "Aspectos de la calidad de vida de la población adulta: comparativo por sexo. Medellín 2005." (19).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio poblacional descriptivo de componente transversal, con fuente de informa-

ción 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. 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 (20), 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 del 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 (20,21) y de la Secretaría de Hacienda Municipal (22): para el año 2002 la ciudad tenía en su

zona urbana, 16 comunas, 11 510 manzanas, 6 estratos socioeconómicos, 592 641 viviendas, 51 viviendas en promedio por manzana y 3 personas por vivienda.

La distribución de las manzanas se hizo con afijación proporcional (23) 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 (24), consentimiento informado según la Resolución 8430 de 1993 (25) 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 (26,27). 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 mues-

tra (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 y bivariado; 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.

RESULTADOS

Aspectos demográficos. La población adulta de Medellín, con edades entre 20 a 64 años de edad, expandida a 523 705 hombres y 651 704 mujeres, se distribuyó proporcionalmente según la clasificación socioeconómica de las viviendas residenciadas, tomada en esta investigación como variable proxy o subrogada (28) 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 frecuen-

te 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.

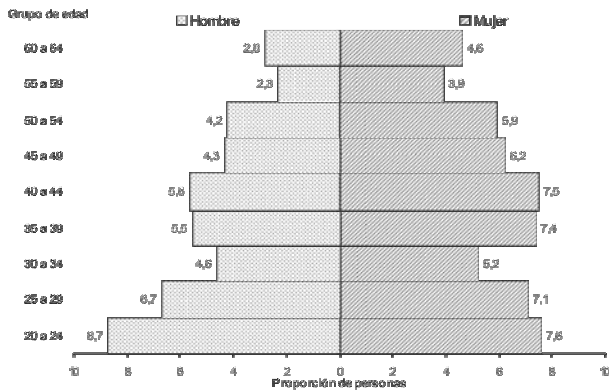
Al comparar el promedio de la edad de la población según sexo se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa ($U= 207.208$; $p=0,012$); es decir, las mujeres adultas presentan mayor edad que los hombres, situación comprensible si se conoce que en Medellín se registró un mayor número 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 grupos de edad, principalmente las mujeres con edades entre 45 a 49 años con el 11,2 %, las mujeres de 50 a 54 años representan el 7,1 % y las de 60 a 64 años con el 8,3 %. Gráfico 1.

En el estado civil según sexo se encontró que los hombres solteros eran el 41 %, seguido 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 %.

Los adultos residentes en la Ciudad en el año 2005, son cohortes de generaciones nacidas entre los años 1941 y 1985; corresponde a personas que

Gráfico 1. POBLACIÓN ADULTA SEGÚN SEXO POR GRUPO DE EDAD. MEDELLÍN, 2005



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.

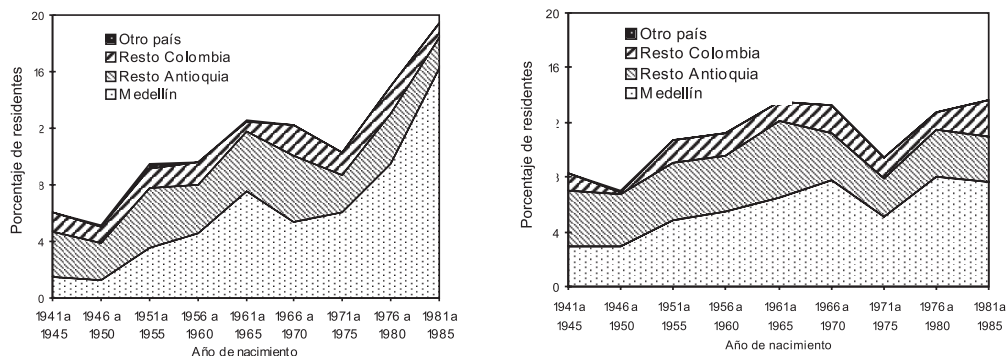
Medellín es considerada una ciudad receptora de población inmigrante, pero también desplaza per-

sonas 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 30,7 % de los hombres y el 34,8 % de las mujeres nació en otros municipios de Antioquia; 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. Gráfico 2.

Gráfico 2. POBLACIÓN ADULTA RESIDENTE, SEGÚN LUGAR Y AÑO DE NACIMIENTO. MEDELLÍN, 2005



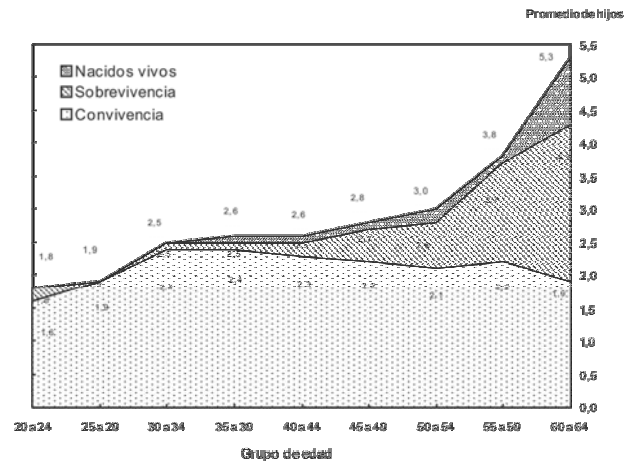
De las 651 704 mujeres de 20 a 64 años, el 71,5 % han tenido hijos vivos, la tasa global de fecundidad se ubicó en 1,9 hijos nacidos vivos por mujer y en 2,8 el promedio de hijos nacidos vivos por mujer. El 66,4 % de las mujeres han tenido en promedio 3,1 nacidos vivos de sexo masculino (máximo 11) y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

Gráfico 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



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 sólo convive con sus hijos el 34,5 %, cambiando la tendencia al crecimiento que se traía desde los 45 años de edad. Gráfico 3.

Seguridad social. El 84,1 % (IC95%: 81,7-87,1) de la población adulta de la ciudad está afiliada al SGSSS; tanto los hombres como las mujeres están afiliados en similares proporciones, del 83,6 % y del 84,6 %, respectivamente, y no se presentan diferencias estadísticamente significativas en la afiliación según sexo. Los no afiliados al sistema son el 15,9 % (IC95%: 12,9-18,3) con una mayor proporción de población masculina (16,5 %) frente a la no afiliación femenina (15,4 %). Gráfico 4.

El 58,4 % está afiliado al régimen contributivo, el 21,9 % al régimen subsidiado y el 3,9 % se encuentran vinculados al sistema como población en situación vulnerable. En la distribución por sexo se encontró que los hombres están principalmente

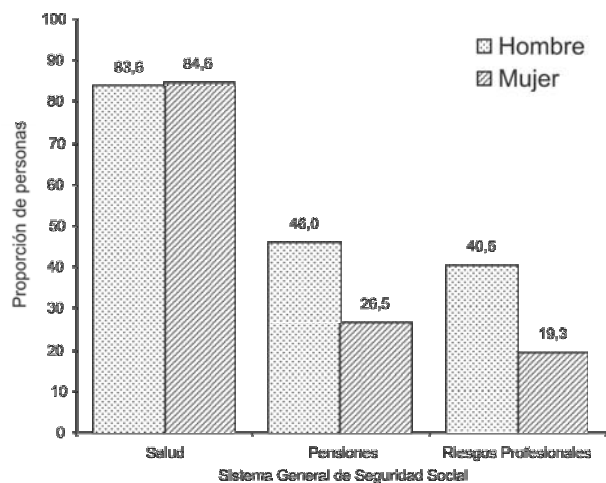
afiliados en el régimen contributivo en un 59,1 %, al régimen subsidiado un 20,1 %, vinculados están el 4,4 % y no afiliados el 16,5 %; las mujeres están afiliadas al régimen contributivo en un 57,8 %, aventajan a los hombres en la afiliación al régimen subsidiado, con el 23,4 %, en situación vulnerable está el 3,5 % y no afiliadas el 15,2 %. No se evidencian diferencias significativas entre el sexo y el régimen de afiliación.

La no afiliación al sistema es explicada por los propios adultos encuestados, por trabajar en empresas que no les cancelen su afiliación (34,9 %), falta de dinero (31,5 %), no le interesa o por descuido (11,7 %) y en esta misma proporción argumentan otras razones como: afiliación en otro lugar, cambio de barrio, desplazamiento, desempleo de sí mismo y de su cónyuge, está en espera de la tarjeta del Sisben para afiliarse o fue mal estratificada su vivienda, falta de tiempo para hacer las gestiones de afiliación, no le gusta porque lo consideran un robo, por problemas personales, entre otras.

Respecto a la afiliación al sistema de pensiones, el 35,2 % (IC95%: 32,6-38,2) de la población adulta de Medellín está afiliado a un fondo de pensiones y el 64,8 % no lo está. Los hombres están afiliados en mayor proporción que las mujeres adultas, 46 % y 26,5 % respectivamente; es mayor la proporción de hombres afiliados al sistema pensional que la proporción de mujeres afiliadas y en ocasiones se duplica la diferencia (RP: 1,7 ; IC95 %: 1,5-2,1). Gráfico 4.

La afiliación a una administradora de riesgos profesionales (ARP) es del 28,7 % quedando sin protección el 71,3 % de la población adulta de la Ciudad, el 25 % de la población económicamente activa -PEA- no tiene garantizado la protección a enfermedades y accidentes laborales. Por sexo se encontró que el 40,5 % de los hombres y el 19,3 % de las mujeres tienen ARP; siendo significativamente mayor la proporción de hombres afiliados a una administradora de riesgos profesionales frente a la proporción de mujeres afiliadas, en una relación 2:1 (RP: 2,1 ; IC95 %: 1,7-2,6). Gráfico 4.

Gráfico 4. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACIÓN ADULTA, SEGÚN SEXO. MEDELLÍN, 2005



En el año 2005, el 5,1 % de la población vinculada a la actividad laboral de 20 a 64 años sufrió algún accidente de trabajo y el 2,1 % tuvo una enfermedad relacionada con la actividad laboral que desarrolla. El accidente de trabajo lo sufrió la población masculina en un 6,6 % frente al 3,0 % sufrido por las mujeres; la enfermedad profesional la sufrió en una mayor proporción la población femenina en un 2,3 % respecto al 2 % padecido por los hombres. Es decir, los hombres tienen el doble del riesgo de sufrir accidentes frente a una mujer trabajadora (RR= 1,95; IC95 %: 1,08-3,51) mientras las mujeres que laboran tienen un riesgo del 24 % más de sufrir enfermedades de origen profesional que los hombres trabajadores (RR= 1,24).

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 (PEA).

Aspectos demográficos. Las transformaciones sociales y económicas suscitadas en el país han dejado huella en el perfil demográfico de la ciudad: la globalización de la economía con las inequidades en la distribución de los ingresos, modificaron la calidad de vida de amplios sectores de la población; la difusión y aplicación de los últimos avances en medicina incorporaron nuevas terapias preventivas y se instauraron campañas de promoción de la salud en la adopción de estilos de vida saludable y mejoramiento del estado nutricional; las reformas y contrarreformas del sector salud en la cobertura del servicio, mediadas por una racionalidad económica e incentivos a la demanda en salud, permitieron una selección adversa de la población más desprotegida; la acelerada urbanización que aumentó la población en la ciudad, pero en un mayor riesgo las viviendas ubicadas en las laderas, a lo largo de las quebradas o en barrios insalubres; todo esto incrementó la "deuda social" (1) pero las tendencias demográficas, como la fecundidad y la mortalidad, han seguido un curso descendente sin que hayan sido, al parecer, alteradas por los efectos antes señalados.

Por ejemplo, el descenso de la fecundidad es la variable demográfica que más contribuyó al cambio demográfico observado, con la incorporación de los métodos anticonceptivos, cambio de mentalidad en el número de hijos a tener, el deseo de una familia reducida y cambios en el comportamiento reproductivo, (2) como la concepción de nupcialidad, la edad de casarse, la frecuencia de las relaciones sexuales, aumento del número de abortos, entre otros. Colombia está en el grupo de países que pasó de tener tasas de fecundidad de 6 y 7 hijos por mujer en la década de los años sesenta, a tener actualmente alrededor de 3 hijos y un uso de anticonceptivos superior al 55 % (1). Medellín presentó una tasa global de fecundidad de 1,9 hijos por mujer, que difiere de la tasa promedio de los tres años anteriores hallado por la Encuesta Nacional de Demografía y salud -ENDS 2005- la cual la ubicó en 2,2 para Antioquia, pero coincidente en 2,8 como promedio de hijos nacidos vivos (29).

Las condiciones de vida y la búsqueda de mejores proyectos educativos y productivos, propicia la movilización interna de las poblaciones y a su vez afecta el comportamiento demográfico de un lugar, por cuanto las personas que se desplazan llevan con ellas un comportamiento cultural, familiar, de reproducción y de enfermar que introducen un cambio al sector donde se ubican y a su vez son afectados por los valores y costumbres de la comunidad que los acoge (3). En este sentido, la ciudad se vio convertida en más receptora de inmigrantes que expulsora de emigrantes, con una migración del 6 % siendo principalmente jóvenes de 20 a 24 años.

La diferencia más significativa de la población inmigrante se dio en el estado civil, donde por cada hombre adulto viudo que llegó lo hicieron 9 mujeres adultas viudas; los estudios de la CEPAL en América Latina (1), muestran que a nivel general las tasas de migración han descendido, pero los saldos migratorios hacia las grandes ciudades siguen siendo positivos, especialmente hacia las áreas metropolitanas como Medellín, donde la migración urbana-rural antes de los años 70 representó el 67 % del total de las migraciones de los adultos residenciados.

Seguridad Social. Las barreras en el acceso a los servicios de salud están asociadas a la no afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 16 % de la población adulta de la Ciudad no está en el sistema, cifra inferior al 28,3 % encontrado por la ENDS 2005 en Antioquia (29), y al 35 % hallado en la Encuesta de Calidad de Vida 2003 en personas residentes en las cabeceras municipal (30), situación que podría estar evidenciando inequidad en la afiliación, puesto que están cubiertos las personas adultas con capacidad de trabajar, mientras que aquellas que son inactivas están desprotegidas. Entre las razones para no estar afiliado, se aduce la falta de vinculación a un empleo estable (35 %), falta de dinero para su afiliación (32 %) o por descuido; se presenta principalmente en edades menores porque a medida que se aumenta la edad, se aumenta la afiliación al Sis-

tema, similar a lo hallado por el DANE en la Encuesta de Calidad de Vida de 1997 (31).

El SGSS no sólo cubre salud, este estudio encontró que un 65 % de la población adulta no está afiliada a un fondo de pensiones, afectando en mayor medida al 73 % de las mujeres y al 54 % de los hombres; es decir, una de cada cuatro mujeres y dos de cada cuatro hombres no tienen asegurada una vejez tranquila, con la garantía mínima para el cubrimiento de sus necesidades de subsistencia. A este panorama ya desolador se le suma el hecho que solo el 29 % tiene afiliación a una administradora de riesgos profesionales (ARP) como reflejo de la situación laboral de muchos de ellos, donde el 54 % estuvo trabajando en el último mes y la mitad de ellos tienen afiliación al Sistema; pero Medellín se encuentra en mejores condiciones que el 12 % de afiliación del resto del departamento, según la ENDS 2005 (29).

Para los organismos gubernamentales, el conocimiento de los cambios en las variables demográficas: fecundidad, mortalidad y migraciones, y sus consecuencias en la estructura por edades de la población, son insumos de vital interés para la planificación de los recursos del sector salud, del sector educativo y de planeación municipal, puesto que la información permite identificar la magnitud de la población vulnerable expuesta a riesgos y las demandas institucionales potenciales.

La migración de la población de 20 a 64 años del 5,3 % es un indicativo de la movilidad interna de las poblaciones que demandan salud, empleo, seguridad social, seguridad civil y defensa de los derechos humanos; en este sentido, la Secretaría de Gobierno deberá constituir una dependencia que se encargue de monitorear las condiciones de vida de la población que se desplaza a la ciudad, los sitios seleccionados para su ubicación, las viviendas que construye, la capacidad de los establecimientos educativos para recibir los recién llegados, los sistemas de salud que acudirán, la fuerza de trabajo con que se disponga y la asistencia social que se les pueda brindar.

CONCLUSIONES

- Según los aspectos demográficos de la población de la ciudad, la diferencia más grande encontrada es en el estado civil de hombres y mujeres, en la condición de viudo, donde existe una relación de cuatro mujeres viudas por un hombre viudo; esta condición civil de viudez trae aparejado la orfandad de los hijos o su entrega en adopción, situaciones que incrementan las responsabilidades de uno de los padres, además de los traumas psicológicos y restricciones sociales y económicas de las familias. En el caso de las mujeres viudas, éstas deben distribuir su tiempo entre el cuidado de los hijos, los esfuerzos para sobrevivir, la búsqueda de mejores oportunidades para sus hijos y en esta lucha incesante olvida el cuidado personal y se encamina lentamente a un deterioro físico, psicológico y social.
- La migración de la población de 20 a 64 años del 5,3 % es un indicativo de la movilidad interna de las poblaciones que demandan salud, empleo, seguridad social, seguridad civil y defensa de los derechos humanos; en este sentido, la Secretaría de Gobierno deberá constituir una dependencia que se encargue de monitorear las condiciones de vida de la población que se desplaza a la ciudad, los sitios seleccionados para su ubicación, las viviendas que construye, la capacidad de los establecimientos educativos para recibir los recién llegados, los sistemas de salud que acudirán, la fuerza de trabajo con que se disponga y la asistencia social que se les pueda brindar.
- Las implicaciones futuras por el incremento en la población adulta de la ciudad que mañana será adulta mayor, debido a cambios derivados de la transición demográfica, la polarización epidemiológica, la globalización y las telecomunicaciones, para así ser más proactivos y menos reactivos a las problemáticas sociales, cuando en 50 años la ciudad se enfrente a un hecho sin precedentes en la historia de la humanidad: la

población adulta mayor será más que la población joven, con los cambios inherentes de toda índole.

- En los aspectos relacionados con la seguridad social, no existe diferencia por sexo en la afiliación al SGSS 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.
- La afiliación al Sistema General de Seguridad Social es mayor del 70 % en salud, pero en pensiones y en riesgos profesionales, la participación es menor en las mujeres; con el ánimo de propiciar una igualdad de derechos, los entes rectores del sistema deberán imponer medidas de estricto cumplimiento para empleadores y empleados, donde se garantice la prevención de accidentes laborales y de enfermedades profesionales y, el bienestar futuro de la población económicamente activa a través del ahorro de sus pensiones.

REFERENCIAS

1. Centro Latinoamericano de Demografía. Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: Contribución al diseño de políticas y programas. Santiago, Chile: CEPAL/CELADE; 1996.
2. Gobernación de Antioquia, Secretaría de Equidad de Género para las Mujeres. Política de equidad de género para las mujeres. Medellín: Imprenta Departamental de Antioquia; 2002.
3. Bueno E, García R, Montes N, Valle G. Apuntes sobre la migración internacional y su estudio. Zacatecas, México: 2004.
4. Colombia, Congreso de la República. Ley 387 de 1997, por medio se define la condición de desplazado. 1997. Bogotá. (diario oficial, número 43.091, de 24-07-1997).
5. Meertens D. Ensayos sobre tierra, violencia y género. Bogotá: Editorial Universidad Nacional; 2001.
6. Segura N, Meertens D. Desarraigo, género y desplazamiento interno en Colombia. Nueva Sociedad 1997;(148):30-43.
7. Bueno E. Población y desarrollo: enfoques alternativos de los estudios de población. Zacatecas, México: 2003.
8. Organización Panamericana de la Salud. Tendencias demográficas y de mortalidad en la Región de las Américas, 1980-2000. Boletín Epidemiológico 2002;23(3):1-4.
9. Ciclo vital. [en línea] 2003 [consultado: 6 de enero de 2004]. Disponible en: <http://www.saludhoy.com/htm/psico/homesecc/homciclo.html>.
10. Lara E, et al. Psicología del desarrollo: el adulto joven. [en línea] 2004 [consultado: 22 de noviembre de 2004] . Disponible en: <http://www2.udec.cl/~ivalfaro/apsique/desa/joven.html#intro>.
11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Autocuidado en el ciclo vital. [en línea] 2004 [consultado: 6 de enero de 2004] . Disponible en: http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/joven/cic_frame.htm.
12. Wamala S, Agren G. Gender inequity and public health. Getting down to real issues. Eur J Public Health 2002;12:163-165.
13. Pontificia Universidad Católica de Chile. Características del desarrollo del adulto medio. [en línea] 2004 [consultado: 22 de noviembre de 2004]. Disponible en: http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/medio/desarrollo.htm.
14. Naciones Unidas, Asamblea General Consejo Económico y Social. Informe sobre la juven-

- tud mundial 2005. United Nations Publications; 2005
15. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2):74-105.
 16. Colombia, Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. (diario oficial, numero 41. 148, de 23-12-1993).
 17. Medellín, Secretaría de Salud Municipal. La salud de Medellín en cifras, 1999-2001. Alcaldía, 2003.
 18. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
 19. 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.
 20. Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Unidad de Clasificación Socioeconómica y Estratificación. Proyección de Población. Medellín, Alcaldía, 2005.
 21. 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.
 22. 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.
 23. Scheaffer R, Mendenhall W, Ottl. Elementos de muestreo. Trad. Rendon G, Gómez JR. Mexico: Grupo Editorial Iberoamerica; 1993.
 24. Colombia, Congreso de la República. Constitución Política de Colombia. 1991. Bogotá.
 25. 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).
 26. Profamilia, Salud Sexual y Reproductiva en Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2000. Bogotá; 2000.
 27. Silva L. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos S.A.; 2000.
 28. Szklo M, Nieto FJ. Epidemiología Intermedia. Conceptos y Aplicaciones. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 2003.
 29. Profamilia, Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá; 2005.
 30. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Encuesta de calidad de Vida 2003. Presentación de resultados. Bogotá: DANE, 2003.
 31. OPS/OMS. Hoja resumen sobre desigualdades en salud, Colombia 2001. [en línea] 2005 [consultado: 22 de febrero de 2005] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HDP/HDD/Colombia-res.pdf>.

