

Exclusión social y calidad de vida relacionada con la salud en personas entre 25 y 60 años de la zona nororiental de Medellín - Colombia, 2009

Social exclusion and quality of life related to health in people from 25 to 60 years old living in the northeast zone, Medellín, 2009

Diana M. Sepúlveda H¹; Luz S. Álvarez C².

¹ Magíster en epidemiología, Nutricionista dietista. Grupo de investigación en Epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: diana2073@gmail.com

² Doctora en Salud Pública, Nutricionista dietista. Grupo de investigación Determinantes sociales y económicos de la situación de salud y nutrición. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: lalvarez@pijaos.udea.edu.co

Recibido: 1 de diciembre de 2011. Aprobado: 25 de enero de 2012.

Sepúlveda DM, Álvarez LS. Exclusión social y calidad de vida relacionada con la salud en personas entre 25 y 60 años de la zona nororiental de Medellín-Colombia, 2009. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 45-56

Resumen

Objetivo: identificar la percepción de exclusión social y sus dimensiones demográfica, económica, de participación social y política y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud en las personas de 25 a 60 años de la zona nororiental de Medellín - Colombia, 2009. **Metodología:** se condujo un estudio transversal de asociación. El tamaño muestral se calculó con un nivel de confianza de 95%, un error de 4,5% y una proporción de 0,28 derivada de la investigación sobre exclusión social realizada en Medellín en el año 2008, para un total de 404 sujetos. La muestra fue obtenida mediante un muestreo probabilístico, por conglomerados, polietápico, proporcional por sexo sin reemplazo. Los datos se analizaron en el software SPSS v.15.0 y StataSE 10. **Resultados:** el 22,8% de la población se percibió en situación de exclusión social. En la evaluación de la Calidad de vida relacionada con la salud

(CVRS) se encontraron altos puntajes en todos los dominios del cuestionario SF-36, presentándose diferencias significativas en los puntajes del Desempeño Físico ($p = 0,000$), Desempeño Emocional ($p = 0,000$) y Salud Mental ($p = 0,023$), teniendo mayores puntajes en estos dominios las personas no excluidas.

Conclusiones: los resultados sugieren que la percepción de exclusión social afecta la CVRS y las condiciones individuales de salud pueden incidir en la percepción de exclusión social. Esto puede deberse a que la salud (enfermedad) en sí es un generador de exclusión social o que la prestación de los servicios de salud en el sistema de salud colombiano, haga que las personas enfermas se sientan excluidas.

-----**Palabras clave:** exclusión social, calidad de vida en salud, zona nororiental de Medellín, inequidad en salud, injusticia social.

Abstract

Objective: to identify the perception of social exclusion and its demographic, economic, and sociopolitical participation dimensions as well as its association with the Health-Related Quality of Life (HRQOL) of people aged 25 to 60 living in the northeastern area of Medellín - Colombia, 2009. **Methodology:** a cross-sectional study of association was conducted. The sample size was calculated with a confidence level of 95%, an error of 4.5%, and a ratio of 0.28 derived from a study on

social exclusion conducted in Medellín in 2008. The study was conducted with a total of 404 subjects. The sample was obtained through a probability, cluster, and multistage sampling that was proportional by sex and had no replacement. The data was analyzed using the SPSS v.15.0 and Stata 10 software. **Results:** 22.8% of the population was perceived to be in a situation of social exclusion. The assessment of the Health-Related Quality of Life (HRQOL) showed high scores in all the domains of the

SF-36 questionnaire. Significant differences were observed in role physical ($p = 0.000$), role emotional ($p = 0.000$), and Mental Health ($p = 0.023$) scores. Non-excluded individuals showed higher scores in these domains. **Conclusions:** the results suggest that the perception of social exclusion affects HRQOL and individual health conditions may affect the perception of social

exclusion. This may be due to the fact that health (disease) in itself generates social exclusion or that the healthcare services in the Colombian health system cause sick people to feel excluded. -----*Keywords:* social exclusion, quality of life in health, northeastern area of Medellín, inequality in health, social injustice.

Introducción

La pobreza y la inequidad no son fenómenos nuevos en el mundo. En América Latina se han agudizado debido a los ajustes económicos implementados en los países a partir de 1970, pero con mayor fuerza en la última década del siglo XX. De acuerdo con la CEPAL el 43,9% de la población vive en situación de pobreza e indigencia, lo que equivale a 225 millones de personas [1] y de acuerdo con el Banco Mundial, es una de las regiones del mundo que presenta la mayor desigualdad, dado que la décima parte más rica de la población percibe el 38% del ingreso total y la décima parte más pobre sólo recibe el 1,6% [2]; la informalidad del trabajo ha aumentado en forma vertiginosa —siete de cada diez empleos creados en los últimos diez años han sido informales— con importantes rupturas en la protección social y laboral [3, 4], el promedio de escolaridad del quintil más pobre es de cuatro años, el del quintil más rico asciende a diez [3]. Los sistemas de protección social de la región están dejando en la actualidad sin cobertura a los trabajadores informales y a los desempleados, quienes representan la mayoría de la población económicamente activa. Frente a esta realidad, en la última década, los países han avanzado en la expansión de redes de protección social que incluyen beneficios asistenciales y transferencias monetarias [3, 5]. Las grandes ciudades latinoamericanas presentan situaciones de extrema desigualdad en la provisión de infraestructura y servicios urbanos y sociales. Conviven áreas residenciales formales con asentamientos habitacionales informales, desprovistos de condiciones de vida aceptables [3, 6].

Estas privaciones no solo se presentan en la esfera económica, sino que se ven reforzadas por menores niveles de participación política y pérdida de los vínculos sociales, a este fenómeno se le ha denominado exclusión social. El término surgió debido a la necesidad de caracterizar los fenómenos ocurridos a raíz de las transformaciones económicas y sociales, porque desarrollos en otros tiempos para la comprensión del fenómeno de la pobreza, resultaron insuficientes para explicar las nuevas condiciones, que evidencian una mayor complejidad del fenómeno, por sus diversas causas, modalidades y manifestaciones adquiridas [7].

Las principales dimensiones de la exclusión social son:

— *La exclusión del mercado laboral:* uno de los factores que influyen más directamente en la aparición, crecimiento y también, eventualmente, en el descenso de los niveles de exclusión social es el mercado de trabajo. La llamada crisis del empleo ha significado para muchas personas encontrarse desempleadas durante largos periodos de su vida activa; para otras, en especial para las más jóvenes, ha supuesto tener que acceder a empleos precarios, a tiempo parcial, temporales, mal remunerados, con escasas posibilidades de promoción [4, 8, 9]. Otro aspecto relacionado con el mercado laboral es el referente a las barreras externas que las personas encuentran a la hora de entrar o reingresar en el mercado laboral, combinada con los reproches de que son víctimas por dicha causa, lo cual les puede llevar a una especie de resignación a la hora de valorar sus posibilidades de emplearse [6, 10, 19].

Es importante ver cómo una forma inicial de exclusión del mercado laboral —desempleo y empleo de subsistencia en el sector informal— puede estar vinculada con otros aspectos de la exclusión social como la segregación en barrios pobres, la falta de acceso a la información sobre otras oportunidades de empleo, y horarios de trabajo extensos, que impiden el desarrollo de la familia y la escolaridad. El mercado de trabajo no proporciona únicamente empleo, sino que también es la forma de acceso a todo tipo de ventajas sociales incluidas la seguridad social, un mayor prestigio y capacidad de influencia sobre los miembros del hogar [20].

— *La exclusión económica:* se refiere a la pobreza e incluye la dependencia económica del Estado o de ingresos poco aceptables socialmente, así como la pérdida de capacidades para conseguir recursos económicos, bienes básicos y servicios para sí mismo o para su familia [6, 16, 21, 22].

— *La exclusión por aislamiento social:* describe mecanismos similares respecto a las propias redes sociales, tanto en el sentido de recibir reproches por parte de los miembros de estas redes, como de hacerse a sí mismo dichos reproches, lo cual, a su vez, puede

comportar la reducción de contactos sólo a un único grupo específico de pares o iguales, o incluso a un aislamiento social general de la persona afectada [6, 9, 12, 16].

- *La exclusión política*: las deficiencias en alimentación, la carencia de salud, la falta de educación, de trabajo, de protección social, impiden a las personas la participación normal de la vida civil y política [21, 22]. En su sentido más limitado es la imposibilidad de elegir y ser electos. Los costos de las campañas electorales no están al alcance de todos los grupos de la sociedad en la misma proporción, por eso, esta falta de recursos en la primera línea de exclusión en la realización del derecho universal a ser electos que existe en las sociedades democráticas. La desigualdad socioeconómica induce a la exclusión sociopolítica [23].

Según Tezanos, la exclusión social está dando lugar a un modelo de doble ciudadanía, en el que se perfila diferenciadamente la posición, por un lado, de quienes están integrados en la sociedad y tienen vivienda, relaciones familiares y sociales estables y gratificantes y cuentan con ingresos regulares y/o trabajo estable que permite tener un nivel de vida digno [24]. Y, por otra parte, están todos aquellos que son “prescindibles” que no tienen un trabajo digno, seguro, bien remunerado y deben “aceptar” lo que encuentran, aceptando los sueldos que les dan y las condiciones precarias o inestables que les ofrecen, pasando largos periodos sin empleo [25].

Todas estas dimensiones conforman una red de interacciones y por ser un fenómeno tan complejo, la falta de control sobre estos factores puede generar sentimientos de injusticia, violencia y conflictos, así como problemas de gobernabilidad [3].

La pobreza como dimensión de la exclusión social ha estado ampliamente relacionada con el estado de salud de las personas, ya que los bajos ingresos económicos, la vivienda inadecuada y la inseguridad alimentaria afectan negativamente la salud de los individuos y comunidades, principalmente por enfermedades crónicas [26, 27]. A nivel individual la exclusión social está asociada con la falta de acceso a los servicios de salud, el estrés, la baja condición social y la mala salud [28]. Se ha vinculado a enfermedades cardiovasculares [29], enfermedades respiratorias y mentales como el suicidio y trastornos psiquiátricos [30]. Además, la pobreza y la exclusión social incrementan el riesgo de divorcio y separación, discapacidad, adicción y aislamiento social, formando un círculo vicioso que profundiza la situación de las personas, tiene efectos psicológicos negativos e impacta desfavorablemente en el estado de la salud como lo muestran varios estudios [12, 31]. La estrati-

ficación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad [32].

La exclusión social no sólo provoca carencias en diferentes ámbitos a la población, sino que además repercute en su estado de salud, encontrándose que las personas pobres y desfavorecidas presentaban algunas enfermedades que no tenían las personas de mayores ingresos o quienes gozan del pleno goce de sus derechos.

En algunos estudios se ha mostrado la relación entre la salud y el progreso económico y social [9]. Los estudios de George Alleyne han mostrado que “la pobreza y la salud están doblemente vinculadas”, en el sentido de que los pobres tienen más problemas de salud [33]. Las personas que sufren privaciones materiales (como dimensión importante de la exclusión social), no cuentan ni con la capacidad económica ni con un entorno mínimo para mejorar sus condiciones de salud, lo cual trae como consecuencia que su estado de salud se vea deteriorado y expuesto a diversas enfermedades y a sus consecuencias. Por otro lado, un mal estado de salud disminuye la capacidad física de las personas para generar ingresos económicos [34], convirtiendo esta situación en un círculo vicioso.

Es importante conocer no sólo los efectos sobre la salud de la atención directa, sino también de aquellos factores no médicos que determinan el estado de salud de las personas, como el ingreso, la ocupación y el nivel educativo de las personas. En general, las personas jóvenes, educadas y con altos ingresos cuentan con un mejor estado de salud porque tienen mayor presupuesto para acceder a los servicios de salud, son más eficientes en el uso de esos servicios y tienen mejor información sobre los comportamientos que pueden afectar su salud [34].

Según Marmot, las circunstancias en las que la gente vive y trabaja están íntimamente relacionadas con el riesgo de enfermar y la esperanza de vida. Unos años más de educación se traduce en una vida más larga y más sana, lo mismo ocurre con el ingreso y la situación laboral [35]. No debe aceptarse que el mal estado de salud sea una condena perenne para quienes están más bajo en la jerarquía social. El gradiente social que siguen casi todas las enfermedades puede cambiar. Esto significa que el gradiente no es fijo ni por un condicionamiento biológico ni siquiera por la sociedad en que se vive. Pero, los posibles cambios se dan como consecuencia de cambios en otras esferas como la económica y la política [35].

En 2005, la Organización Mundial de la Salud estableció la Comisión sobre determinantes sociales de la

salud para proporcionar pruebas basadas en el asesoramiento sobre cómo promover la equidad en salud. La exclusión social fue establecida como una de las nueve redes de conocimiento. Este grupo de trabajo encontró que muchas políticas y acciones se centran en los grupos que se definen como desfavorecidos, marginados, o excluidos de la sociedad, pero muy pocas políticas o acciones se centran en cambiar los procesos que causan o perpetúan la situación de desventaja, la marginación o la exclusión [36].

Este estudio se desarrolló en la zona nororiental de Medellín, la cual está compuesta por cuatro comunas: 1) Popular, 2) Santa Cruz, 3) Manrique y 4) Aranjuez, dado que es una de las zonas de la ciudad con más altos niveles de exclusión social. En la investigación realizada por Álvarez y colaboradores [37] se encontró que la percepción de exclusión social en las personas de 18 a 69 años residentes en esta zona fue de 14,8%, con mayor proporción en la población de 25 a 60 años. Por esta razón, en este estudio se escogió este grupo poblacional para hacer el estudio de la posible asociación entre este fenómeno social y la calidad de vida relacionada con la salud. Además, es importante conocer la percepción de exclusión social de esta población y su asociación con la CVRS porque esta comunidad es una en las que se ha realizado mucha inversión social, por lo que la información podría servir de insumo para evaluar la efectividad de dichas intervenciones en el ámbito de la salud de las personas.

Por lo anteriormente descrito, este proyecto pretende identificar la situación de exclusión social en la zona nororiental de Medellín y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud de la población, a partir del análisis de variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel educativo; económicas como ingresos familiares, estrato social y ocupación; participación política y social como votación en las elecciones y pertenencia a grupos sociales; de salud con el cuestionario sobre Calidad de vida relacionada con la salud SF-36 validado para Colombia, morbilidad sentida, afiliación a la seguridad social y percepciones individuales sobre el fenómeno de la exclusión social.

Metodología

Se realizó un estudio transversal de asociación. El universo fueron las personas de ambos sexos entre 25 a 60 años residentes en viviendas de la zona nororiental de Medellín – Colombia, la cual está compuesta por cuatro comunas: Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez. La muestra fue obtenida mediante un muestreo probabilístico, por conglomerados, polietápico, proporcional por sexo, sin reemplazo; con un nivel de confianza de 95%,

un error de 4,5% y una proporción de 0,28 derivada de la investigación sobre Exclusión social realizada en Medellín en el año 2008 [37]. La presentación de resultados se hizo tomando el total de la población expandida por los factores de expansión aplicados a la muestra probabilística extraída de la población de estudio [38].

Para el análisis de los resultados se efectuó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y Chi cuadrado de independencia para la caracterización de la exclusión social en general y de acuerdo con variables demográficas, económicas, de participación social y política y de salud. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron los programas SPSS 15.0 y StataSE 10. La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Se evaluó la asociación entre la percepción de exclusión social basada en la pregunta “Me siento excluido de la sociedad”, con variables sociodemográficas, económicas, de salud y con el Cuestionario SF-36. Este es un instrumento genérico de medida de la CVRS, que puede ser aplicado a la población general y a una gran variedad de enfermedades, asimismo, permite hacer comparaciones de la CVRS entre individuos de la población general o pacientes con diferentes afecciones [39-41]. El cuestionario cubre 8 escalas y 36 ítems que evalúa la Función física (FF), Desempeño físico (DF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (V), Función social (FS), Desempeño emocional (DE) y Salud Mental (SM). Las puntuaciones de los cuatro primeros dominios se agrupan en un puntaje del componente físico y los de los cuatro últimos en un puntaje del componente mental [42, 43]. Para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Hay un ítem que no está incluido en las ocho dimensiones, el cambio de la salud en el tiempo, el cual es útil para mostrar el cambio de salud en el último año [40, 44]. En Colombia, en el año 2002, se realizó la adaptación cultural y valoración de la fiabilidad del instrumento para el estudio de la Calidad de Vida relacionada con la salud, para que sea útil en programas de prevención, atención y rehabilitación [44].

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la dificultad de poder medir integralmente un fenómeno tan multicausal como es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica que permita pasar de un discurso genérico e inconmensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad; el estudio evalúa la percepción de la exclusión social como resultado, pero es importante estudiar el proceso, para lo cual se deben generar investigaciones de cohorte. Además, por ser un estudio transversal sólo se puede hablar de relaciones no causales.

Resultados

Los aspectos sociodemográficos, económicos, de participación política y social, de salud y de percepción de exclusión social de las personas entre 25 y 60 años de la zona nororiental de Medellín, fueron analizados para una población expandida de 254.872 personas, 107.089 hombres (42%) y 147.783 mujeres (58%), a partir de una muestra probabilística de 404 sujetos, compuesta por 222 mujeres (55%) y 182 hombres (45%). La muestra ampliada con el sobremuestreo era de 420 personas, pero no se pudieron realizar 16 encuestas por problemas de orden público en la zona.

Características sociodemográficas

La población estuvo constituida de acuerdo con la comuna de residencia así: 28,6% (72.779) en el Popular (ic95%:19,3 – 31,0), 15,2% (38.847) en Santa Cruz (ic95%:9,6 – 23,4), 23,2% (59.190) en Manrique (ic95%:14,9 – 34,4) y el 33,0% (84.056) en Aranjuez (ic95%:22,7 – 45,2). La población presentó una edad promedio de 42,71 \pm 10,45 años. El grado educativo con mayor proporción alcanzado fue el de secundaria con un 44,9% (114.474), sólo el 3,4% (8.562) tenían estudios universitarios (tabla 1).

Aspectos económicos

El 27,0% (68.855) de las viviendas estuvieron clasificadas en estrato socioeconómico bajo – bajo (ic 95:17,6 - 39,1); 50% (127.519) en estrato bajo (ic95: 38,7 – 61,4) y 23% (58.498) en estrato medio – bajo (ic95:14,5 – 34,3). Se encontraron altas coberturas de servicios públicos: acueducto (98,9%); alcantarillado (98,4%); agua potable (94,4%); energía (97,0%) y teléfono fijo (78,7%).

El 20% (50.862) de la población (ic95%:14,6 – 26,7) dejó de consumir las tres comidas básicas (desayuno, almuerzo y comida) por lo menos un día en la semana anterior a la encuesta.

La actividad en la que la población ocupó la mayor parte del tiempo la semana anterior a la encuesta fue en oficios del hogar con el 41,0% (104.590) (ic95%:34,3 – 48,2), seguida del 29,6% (75.569) de las personas que estaba trabajando (ic95%:24,8 – 35,0) y el 4,2% (10.802) eran desempleados (ic95%:2,3 – 7,5). Entre las personas desempleadas el tiempo promedio sin laborar fue de 25,93 \pm 24,48 meses.

En relación con los ingresos personales en salarios mínimos mensuales vigentes (SMMLV) que para Colombia en el año 2009 fue de \$497.000 (US\$248), se encontró que el 76,2% (194.095) recibían menos de 1 SMMLV. El 53,1% (135.229) de la población presentó problemas

para la compra de alimentos, 32,2% (82.008) tuvo dificultades para el pago del arriendo y 62,8% (160.090) presentó problemas para el pago de los servicios públicos y el 26,0% (66.177) en gastos de salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas de 25 a 60 años de la zona nororiental de Medellín, 2009

Característica	n	% (ic95%)
Sexo		
Hombre	107.089	42,0 (41,8–42,2)
Mujer	147.783	57,9 (57,8–58,2)
Pertenencia étnica		
Indígenas	263	0,1 (0,09–0,12)
Afrocolombianos	11.525	4,5 (4,4–4,6)
Raizales	494	0,2 (0,17–0,21)
Blancos	60.111	23,6 (23,4–23,7)
Mestizos	182.479	71,6 (71,4–71,8)
Nivel educativo		
Ninguno	17.714	6,9 (6,8–7,0)
Preescolar	1011	0,4 (0,37–0,42)
Primaria completa	103.441	40,6 (40,4–40,8)
Secundaria completa	114.474	44,9 (44,7–45,1)
Educación superior	18.232	7,1 (7,0–7,3)
Ocupación		
Oficios del hogar	104.590	41,0 (40,8–41,2)
Empleado	75.569	29,6 (29,4–29,8)
Trabajador independiente	29.849	11,7 (11,5–11,8)
Buscando trabajo	22.428	8,8 (8,6–8,9)
Desempleado	10.802	4,2 (4,1–4,3)
Estudiante	6.139	2,4 (2,3–2,5)
Pensionados o jubilados	4.116	1,6 (1,5–1,7)
Incapacidad permanente para trabajar	1.379	0,5 (0,51–0,57)

Participación política y social

El 45,5% (115.847) de las personas votó en las elecciones pasadas (ic95%:39,2 – 51,8), la mayor votación fue para la elección de presidente (98,8%; 114.466) y en menor proporción por candidatos a las Juntas Administradoras Locales (53,6%; 62.138).

Las principales motivaciones para votar fueron el gusto por el candidato en el 44,1% (49.027); 38,4%

(42.539) porque era importante elegir a quienes van a gobernar, el 5,3% (5.553) de los votantes les ofrecieron un beneficio a cambio del voto y el 1,6% (1.687) de la población fue presionada para votar.

Entre las personas que no votaron (139.025), se encontró que las principales razones para no ejercer este derecho fue la falta de interés en los asuntos públicos en el 35,0% (48.600) de la población; 19,1% (25.220) no tenía cédula de ciudadanía y 14,3% (18.568) de la población no creía en los políticos.

Se encontraron pocas personas que hicieran parte de algún grupo u organización. La mayor participación se presentó en los grupos religiosos, ya que pertenecía el 9,0% (23.033) de la población total. En las Juntas de Acción Comunal, grupos deportivos o artísticos, grupos de la tercera edad, sindicatos y partidos políticos la participación fue inferior al 3%.

Percepciones sobre exclusión social

Autopercepción de exclusión social

El 22,8% (58.071) de la población se percibió en situación de exclusión social (IC95%: 16,1 – 31,1). La mayor percepción de exclusión social se encontró en las personas de la comuna Popular (37,2%), quienes vivían en el estrato socioeconómico bajo (83,7%), quienes realizaban oficios del hogar (44,2%) y de acuerdo con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en los afiliados al régimen subsidiado, seguido de los vinculados.

Las personas que respondieron sentirse excluidas de la sociedad mencionaron como aspectos relacionados con esta percepción, en primer lugar, el desempleo 25,2%; el 15,2% mencionó algunos aspectos personales relacionados con la apariencia física (como ser “gorda”, “feo” o “negro”), tener alguna discapacidad o ser madre soltera; el 15,2% mencionó sentirse excluidos por el bajo nivel educativo; la pobreza fue mencionada por

el 15,0% de la población; el 13,2% refirió percibirse excluido porque hay muchas personas orgullosas que los hacen sentir así.

El 77,2% de las personas que no se percibieron en situación de exclusión social los factores más importantes fueron las buenas relaciones interpersonales (46,0%) y el hecho de considerarse en situación de igualdad con todas las personas lo mencionó el 23,1% de la población.

Aspectos de seguridad social y salud

El 68,2% (173.876) de la población tenía Sisben* (IC95%: 59,9 – 75,5). En relación con la afiliación al SGSSS se encontró que el 18,9% (48.209) eran cotizantes del régimen contributivo, el 24,7% (63.034) eran beneficiarios del régimen contributivo, el 37,1% (94.647) de la población pertenecía al régimen subsidiado y el 19,1% (48.796) no estaban afiliados.

El 44,6% (27.921) de la población dejó de realizar sus actividades normales en el mes anterior a la encuesta por los problemas de salud padecidos. El 56,1% de las personas que presentaron problemas de salud acudió a los servicios de la Entidad Promotora de Salud (EPS) o Entidad Promotora de Salud Subsidiada (EPS-S) y el 10,1% se autorecetó.

En la encuesta se indagó por algunas enfermedades relacionadas con la exclusión social, encontrándose que el 5,8% (14.770) de la población sufría de diabetes mellitus, el 6,0% (15.228) había sido diagnosticado de alguna enfermedad cardiovascular, derrame cerebrovascular había presentado el 2,5% (6.322); el 6,4% (16.335) presentaron algún tipo de discapacidad física, el 12,2% (30.999) había sido diagnosticado como depresivo y el 15,4% (39.190) era hipertenso.

Con respecto a la CVRS, se encontraron puntajes altos en todos los dominios. Los puntajes más altos se encontraron en Función social (FS), Función física (FF), Desempeño físico (DF) y Desempeño emocional (DE) (tabla 2).

Tabla 2. Medidas de tendencia central y de dispersión de los puntajes de los ocho dominios del SF-36 y del cambio de salud en el último año, en las personas de 25 a 60 años de la zona nororiental de Medellín, 2009.

Dominio SF-36	Me	Min	Max	Md	DE	CV (%)
Función física	83,63	0	100	100	24,94	29,8
Desempeño físico	80,49	0	100	93,75	26,01	32,3
Dolor corporal	74,88	0	100	84,00	29,05	38,8
Salud general	65,63	0	100	70,00	22,82	34,8
Vitalidad	61,38	10	90	60,00	14,09	22,9

* El Sisben es un instrumento de focalización individual que identifica los hogares, las familias o los individuos más pobres y vulnerables, además es el sistema de información colombiano que permite identificar a la población pobre potencial beneficiaria de programas sociales.

Continuación tabla 2

Dominio SF-36	Me	Min	Max	Md	DE	CV (%)
Función social	83,93	0	100	87,00	20,85	24,8
Desempeño emocional	79,83	0	100	91,67	23,80	29,8
Salud mental	62,06	8	88	64,00	16,39	26,4
Cambio de salud en el último año	61,01	20	100	60,00	19,51	32,0

Me=media; Mín=Mínimo; Max= Máximo; Md=mediana; DE=desviación estándar; CV=coeficiente de variación

Entre las personas que estaban trabajando pero deseaban conseguir otro trabajo, la percepción de exclusión social fue 2,68 veces mayor que en quienes no deseaban otro trabajo ($RP=3,68$, $IC95\%=1,29; 10,46$); entre quienes tenían buenas relaciones con familiares

y amigos la percepción de exclusión social fue menor que entre los que tenían relaciones conflictivas. La percepción de exclusión social no se encontró asociada con el sexo, el estrato socioeconómico ni el nivel educativo (tabla 3).

Tabla 3. Aspectos demográficos relacionados con la percepción de exclusión social de la población de 25 a 60 años de la zona nororiental de Medellín

Variable	Categoría de referencia	Categoría	RP (IC95%)
Sexo	Mujer	Hombre	1,21 (0,75;1,95)
Estrato socioeconómico	Medio	Bajo	1,47 (0,78;2,77)
Nivel educativo	Superior	Básico	1,38 (0,51;3,72)
Desea conseguir otro trabajo	No	Sí	3,68 (1,29;10,46)
Relaciones con familiares	Regulares o malas	Buenas	0,34 (0,17;0,67)
Relaciones con amigos	Regulares o malas	Buenas	0,41 (0,19;0,89)

Entre las personas que no consumieron alimentos por falta de dinero, por lo menos un día la semana anterior a la encuesta, se presentó 2,43 veces la posibilidad de sentirse excluidos que entre quienes tuvieron alimentación permanente. Se presentaron diferencias

estadísticamente significativas entre quienes presentaron dificultades para el cubrimiento de los gastos del hogar y otros compromisos económicos con respecto a la percepción de exclusión social y en todas el RP fue mayor que 1 (tabla 4).

Tabla 4. Aspectos económicos relacionados con la percepción de exclusión social de la población de 25 a 60 años de la zona nororiental de Medellín

Variable	Categoría de referencia	Categoría	RP (IC95%)
Por falta de dinero no consumió alimentos	No	Sí	2,43 (1,42;4,14)
Ingresos económicos mensuales	≥ 3 SMLLV	< 1 a 2,9	1,01 (0,99;1,02)
Dificultad para el pago de alimentos	No	Sí	2,67 (1,61;4,43)
Dificultad para el pago de arriendo	No	Sí	2,00 (1,22;3,29)
Dificultad para el pago de servicios públicos	No	Sí	4,36 (2,36;8,06)

Según aspectos relacionados con la salud, se presentaron diferencias significativas según el tipo de afiliación al sgsss, siendo menor la percepción de exclusión social entre quienes estaban afiliados al régimen contributivo (RP=0,42, IC95%=0,25; 0,72); entre las personas que dejaron de realizar sus actividades normales por problemas

de salud la percepción de exclusión social fue 1,93 veces mayor (IC95%=1,17; 7,35) que en aquellas que no interrumpieron sus actividades. Se encontró que entre quienes padecían enfermedades cardíacas y depresión, la percepción de exclusión social fue mayor que entre los sanos (tabla 5).

Tabla 5. Aspectos de salud relacionados con la percepción de exclusión social de la población de 25 a 60 años de la zona nororiental de Medellín

Variable	Categoría de referencia	Categoría	RP (IC95%)
Tipo de afiliación al sgsss	Subsidiado o no afiliado	Contributivo o especial	0,42 (0,25;0,72)
Dejó de realizar sus actividades por problemas de salud	No	Sí	2,93 (1,17;7,35)
Tratamiento para el problema de salud	No institucional	Institucional	0,79 (0,30;2,03)
Dx de enf. cardíacas	No	Sí	3,86 (1,74;8,58)
Dx de depresión	No	Sí	3,46 (1,90;6,28)
Consumo de drogas psicoactivas	No	Sí	1,25 (0,48;3,25)
Consumo de alcohol	No	Sí	0,60 (0,31;1,16)

Dx: Diagnóstico

Al comparar la percepción de exclusión social con los dominios de la CVRS, se encontraron más altos puntajes entre las personas que no se percibieron excluidas,

presentándose diferencias estadísticamente significativas entre los excluidos y no excluidos en el Desempeño físico (DF), Desempeño emocional (DE) y Salud mental (SM) (tabla 6).

Tabla 6. Percepción de exclusión social para cada uno de los dominios del SF-36 y para el cs en el último año de la población de 25 a 60 años de la zona nororiental de Medellín

Dominios SF - 36	Excluidos				No excluidos				Valor p†
	Me	Md	LI	LS	Me	Md	LI	LS	
Función física	81,80	95,00	76,18	87,41	85,78	100,00	83,21	88,36	0,054
Desempeño físico	70,71	75,00	64,50	76,93	81,09	100,00	78,25	83,94	0,000
Dolor corporal	70,22	77,00	63,02	77,41	75,95	84,00	72,82	79,08	0,144
Salud general	60,81	65,00	55,67	65,95	65,83	70,00	63,38	68,27	0,053
Vitalidad	59,88	60,00	56,66	63,10	62,71	65,00	61,05	64,37	0,049
Función social	79,95	87,00	74,81	85,09	84,08	100,00	81,74	86,41	0,048
Desempeño emocional	65,50	66,67	59,27	71,74	83,28	100,00	80,80	85,76	0,000
Salud mental	59,34	60,00	55,57	63,12	63,62	64,00	61,78	65,47	0,023
Cambio de salud	57,90	60,0	53,90	61,90	60,81	60,0	58,72	62,90	0,087

†U de Mann – Whitney

Discusión

En este estudio sobre percepción de exclusión social y calidad de vida relacionada con la salud se encontró que el 22,8% de la población se sentía excluida de la sociedad. Las personas que tuvieron una mayor percepción de exclusión social en la zona nororiental de Medellín fueron: de estrato socioeconómico bajo; con nivel educativo básico; las personas que aunque se encontraran trabajando deseaban conseguir otro empleo; quienes dejaron de consumir las tres comidas principales por lo menos un día de la semana anterior a la encuesta; los desempleados; aquellos con bajos ingresos económicos mensuales; los que presentaron dificultades para el pago de bienes y servicios básicos como la alimentación; las personas que dejaron de realizar sus actividades normales por problemas de salud; y aquellos que habían sido diagnosticados con enfermedades crónicas como las enfermedades cardíacas y depresión.

Como aspectos que generan la inclusión social se encontraron: el tener una ocupación que garantizara ingresos fijos; las personas con buenas relaciones con familiares y amigos; los afiliados al régimen contributivo de salud; y quienes votaron en las últimas elecciones.

Con respecto a la CVRS, se encontraron puntajes altos en todos los dominios del cuestionario SF-36. Los puntajes más altos se encontraron en Función social (FS), Función física (FF), Desempeño físico (DF) y Desempeño emocional (DE); los dominios de Salud general (SG), Salud mental (SM) y Vitalidad (V) tuvieron las menores calificaciones. De acuerdo con la evaluación de la CVRS realizada por las personas se encontró que percibían que podían realizar todo tipo de actividades físicas, sin limitaciones debido a la salud; tenían actividades sociales normales; no presentaban problemas en el trabajo o en otras actividades diarias como resultado de problemas de salud física o emocional; sin embargo, presentaban sensación de nerviosismo, depresión y cansancio.

Entre las personas que se percibieron excluidas y en quienes no, las diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de los dominios de la CVRS se presentaron en el Desempeño físico, Desempeño emocional y Salud mental, teniendo mayores puntajes en estos dominios las personas que no se percibieron en situación de exclusión social.

Conforme a lo encontrado en esta investigación, los componentes que aportan al entendimiento de la exclusión social en la población de 25 a 60 años de la zona nororiental de Medellín son: los aspectos sociodemográficos como el nivel educativo; el estrato socioeconómico; la afiliación a la Sistema General de Seguridad Social en Salud; las relaciones sociales; el padecer enfermedades

crónicas; los aspectos económicos como la ocupación y los ingresos y la participación electoral, los cuales evidencian la multidimensionalidad de este fenómeno social.

En cuanto a la dimensión laboral de la exclusión social, en este estudio se encontró que el 10% de la población estaba desempleada y al agrupar aquellos con ocupaciones que no aseguraban ingresos fijos, se llegaba a una proporción de 66,8%. Los resultados hallados en el ámbito laboral son muy relevantes en este estudio, debido a que es uno de los principales aspectos relacionados con la exclusión social e influye en su aparición, crecimiento y descenso [4, 8, 9].

En este estudio la relación de la percepción de exclusión social evaluada a partir de la pregunta “*Me siento excluido de la sociedad*” con el mercado laboral fue significativa, dado que dicha percepción fue menor en quienes tenían empleos con ingresos fijos y entre las personas que deseaban conseguir otro trabajo fue más alta la percepción de exclusión social.

La zona nororiental donde se desarrolló la investigación tiene altos niveles de pobreza. Siendo la pobreza una dimensión importante de la exclusión social, en esta investigación se encontró que no todos los pobres se percibían como excluidos, y que mientras el 76% de la población tenía ingresos mensuales menores a 1 SMMLV, sólo el 22,8% se percibió en situación de exclusión social; lo que hace pensar en otros factores diferentes al económico que influyen en la percepción de exclusión social en esta población. Sin embargo, sí se encontró que las personas con ingresos económicos mensuales menores a 1 SMMLV tuvieron bajos puntajes en el dominio de Desempeño emocional del cuestionario SF-36, comparados con las personas con mayores ingresos. Adicionalmente, en las personas que presentaron dificultades para el pago de bienes y servicios básicos fue mayor la percepción de exclusión social, al igual que aquellos que no consumieron alimentos por falta de dinero la semana anterior a la encuesta.

En una investigación realizada en Hamilton, Canadá se hizo una encuesta a personas mayores de 18 años, donde se indagó sobre aspectos de salud, redes sociales, participación en grupos, acceso y uso de los recursos locales, así como las características sociodemográficas y económicas. Algunas personas encuestadas refirieron preocuparse cada mes por la capacidad para pagar sus cuentas y que habían experimentado periodos en los cuales no tenían suficientes alimentos debido a la falta de dinero. En este estudio sobre exclusión social fue evidente la relación entre las dificultades económicas para cubrir los gastos familiares y la percepción de exclusión social y peor percepción de salud en algunos puntajes

del SF-36 como Cambio de salud, Salud general, Desempeño emocional y Dolor corporal [28].

En el estudio de Biswas-Diener y Diener realizado en Calcuta en el año 2001 y en el estudio de Skevington se encontraron aspectos positivos, sobre todo lo relacionado con la esfera social; las personas valoraron las relaciones con la comunidad y la vida en familia [41, 45]. En esta investigación se encontró que la percepción de exclusión social fue menor en quienes tuvieron relaciones buenas con familiares y amigos.

Varias investigaciones han demostrado que el apoyo social es benéfico para la salud pues facilita un comportamiento adaptativo o promueve respuestas neuroendocrinas cuando están bajo estrés, o en la recepción de otras amenazas para la salud. Gran parte de la literatura indica que las relaciones sociales parecen conferir beneficios para la salud a través de la vía psicosocial.

La exclusión social y la poca participación en las decisiones colectivas, por la escasa pertenencia a organizaciones comunitarias, parecen contribuir a la morbilidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas y diabetes. Los efectos sobre la salud se presentan por vivir en barrios con condiciones de deprivación, alto desempleo, viviendas pobres, limitado acceso a servicios públicos y contaminación ambiental [12, 27], por lo que el aumento de las relaciones sociales puede disminuir la nociva salud mental que es efecto de la privación socioeconómica [46].

En cuanto a la participación política, se encontró que sólo el 45,5% de las personas votó en las elecciones pasadas, siendo mayor la participación para la elección de presidente y menor para las Juntas Administradoras Locales. A pesar que en la literatura se ha reportado la importancia de la participación política como mecanismo de inclusión social, en este estudio no se halló la relación entre la participación electoral y la percepción de exclusión social.

En el año 2008 un grupo de investigación de la Universidad de Antioquia, la Corporación Región y la Escuela Nacional Sindical realizó una investigación sobre la percepción de exclusión social en personas de 18 a 69 años de Medellín, encontrando que el 14% de la población se percibía en situación de exclusión social. Esta percepción estuvo asociada con la zona de residencia, el estrato social, el nivel educativo, la ocupación y la afiliación al sistema de seguridad social en salud, encontrándose que las personas residentes en las zonas nororiental, noroccidental y centrorientales, de estratos bajos, sin ningún nivel educativo o primaria incompleta, quienes realizaban oficios del hogar, eran desempleados o pensionados y pertenecían al régimen subsidiado eran

las que se percibían excluidas socialmente en relación con el resto de la población [37].

Al compararse dicho estudio con los hallazgos de esta investigación, se encontró que la percepción de exclusión social en la población de 25 a 60 años de la zona nororiental fue mayor en los que pertenecían al estrato socioeconómico bajo, quienes realizaban oficios del hogar y los afiliados al régimen subsidiado.

En esta investigación se indagó por las percepciones de los individuos, debido a que algunos autores han dado una particular relevancia a la dimensión subjetiva en el estudio de la exclusión social. Es decir, la necesidad de tener en cuenta la percepción de los sujetos sobre su entorno y su posición en él. El término exclusión social implica además de las condiciones objetivas (las condiciones materiales y sociales de vida de las personas) un énfasis en si las personas que sufren ciertas desventajas sociales realmente se sienten socialmente excluidas y las implicaciones de estas percepciones para los individuos y la sociedad en que se inscriben [47, 48].

Adicional a la percepción de exclusión social, se indagó por las razones por las cuales las personas se sentían excluidas y en mayor proporción los entrevistados mencionaron el desempleo y aspectos individuales que, dependiendo de la estructura social, pueden convertirse en generadores de exclusión tales como la apariencia física y la pertenencia étnica. Como se mencionó anteriormente, la dimensión laboral tiene una gran relevancia en la exclusión social, ya que el hecho de tener un trabajo estable y bien remunerado permite tener ingresos económicos para suplir las necesidades básicas, pero además brinda la posibilidad de acceder a otros “beneficios” como ampliar las redes sociales que favorecen la inclusión social. Los otros aspectos mencionados por la población como factores de exclusión social relacionados con la apariencia física, no habían sido reportados en otros estudios, por lo que constituye un hallazgo significativo que además es importante ahondar en futuras investigaciones.

Un aspecto a resaltar es que el 77,2% de las personas que no se percibieron en situación de exclusión social, mencionaron como aspecto protector tener buenas relaciones interpersonales, lo que refuerza lo expresado anteriormente: las redes sociales son un mecanismo que protege de la exclusión social.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, que se midió con el cuestionario SF-36, se encontró que la población de 25 a 60 años de la zona nororiental tuvo puntajes mayores a 70 en todos los dominios del SF-36 a excepción de la Salud general, la Vitalidad y la Salud mental. Este hallazgo fue similar a lo encontrado

en el estudio realizado por García y Lugo para evaluar la confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, donde se evaluaron 139 personas sanas mayores de 18 años, que no hubieran consultado por un trastorno físico ni mental en los últimos tres meses y donde se reportó que los puntajes de todos los dominios fueron mayores a 70 [44].

Si bien resulta complejo implantar una adecuada respuesta al problema de la exclusión social, sí deben desarrollarse estrategias hacia una real inclusión social, que según lo hallado en este estudio podrían enfocarse en el ámbito laboral y social. La sociedad no puede desconocer la realidad del país y mediante políticas públicas debe lograr la inclusión social e instaurar verdaderamente un Estado social de derecho. Las sociedades más cohesionadas socialmente con mayores niveles de participación social y política, con estructuras estatales y redes sociales de apoyo presentan unos mejores niveles de salud, independiente de su ingreso per cápita [49]. Las redes sociales tienen un papel fundamental en la percepción de exclusión social como los aspectos socioeconómicos (pobreza, desempleo, informalidad), lo cual corrobora la necesidad de elaborar conceptualmente perspectivas que analicen las deprivaciones más allá de las condiciones materiales.

Además, los resultados parecen indicar que las condiciones individuales de salud también pueden incidir en la percepción de exclusión social. Esto puede deberse a que la salud en sí es un generador de exclusión social o que la manera en que en nuestro país se organiza la salud, hace que las personas enfermas se sientan excluidas de la sociedad, por lo anterior se requeriría una mayor indagación

Agradecimientos

Las autoras agradecen a la comunidad de la zona nororiental de Medellín por haber aceptado su participación en el estudio y a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por el apoyo económico para su realización.

Referencias

- 1 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2002 - 2003. Santiago de Chile: CEPAL; 2003.
- 2 Grupo del Banco Mundial. Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia? Washington D.C: Banco Mundial; 2003.
- 3 Ferroni M, Mateo M, Payne M. La cohesión social en América Latina y el Caribe: análisis, acción y coordinación. Washington D.C: Banco Interamericano de Desarrollo; 2004.
- 4 Tokman V. Informalidad, inseguridad y cohesión social en América Latina. RIT. 2007; 126 (1-2): 93-120.
- 5 Pardo M. Reseña de programas sociales para la superación de la pobreza en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2003.
- 6 Espluga J, Baltiérrez J, Lemkow L. Relaciones entre la salud, el desempleo de larga duración y la exclusión social de los jóvenes en España. Cuadernos de Trabajo Social; 2004; 17: 45-62.
- 7 Mota L, Cattani A. Desigualdad, pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América Latina: Nuevas perspectivas analíticas. XXIV Congreso Latinoamericano de Sociología: "América Latina: por un desarrollo alternativo". Arequipa; 2003.
- 8 Cabrera PJ. Cárcel y exclusión. Rev del Ministerio de Trabajo e inmigración. 2002; (35): 83-120.
- 9 Santos H. Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México. Rev Cubana de Salud Pública. 2006; 32(2): 131-145.
- 10 Pérez J, Mora M. De la pobreza a la exclusión social. La persistencia de la miseria en Centroamérica. San José: CeALSI; 2006.
- 11 Bayón MC. Precariedad social en México y Argentina: tendencias, expresiones y trayectorias nacionales. Revista de la CEPAL. 2006; (88): 133-152.
- 12 World Health Organization. Social determinants of health: the solid facts. 2a. ed. Copenhagen: International Centre for Health and Society; 2003.
- 13 Buvinié M, Mazza J, Pungiluppi J, Deutsch R. Inclusión social y desarrollo económico en América Latina. Washington D.C: Banco Interamericano de Desarrollo; 2004.
- 14 Velásquez FE. Exclusión social y gestión urbana: a propósito de Cali. En: Exclusión social y construcción de lo público en Colombia. Bogotá D.C: Centro de Estudios de la Realidad Colombiana; 2001. p. 106-116.
- 15 Brugué Q, Gomá R, Subirats J. De la pobreza a la exclusión social. Nuevos retos para las políticas públicas. RIS; 2002 (33): 7-45.
- 16 Galabuzi E, Labonte R. Social inclusion as a determinant of health. The social determinants of health across the life-span; 2002. Toronto: Public Health Agency of Canada; 2002.
- 17 Borghi V, Kieselbach T. The submerged economy as a trap and a buffer: comparative evidence on long-term youth unemployment and the risk of social exclusion in Southern and Northern Europe. Bruselas: Unemployment, work and welfare; 2000. p. 11-13.
- 18 Herrador FM. Aproximación teórica al fenómeno del desempleo: el caso del desempleo de larga duración. Rev del Ministerio de Trabajo e inmigración. 2002; (35): 121-142.
- 19 Le Blanc G. Vidas ordinarias, vidas precarias. Sobre la exclusión social. Nueva Visión: Buenos Aires; 2007.
- 20 La Parra D, Tortosa JM. Procesos de exclusión social: redes que dan protección e inclusiones desiguales. Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración. 2002; (35): 55-65.
- 21 Cortés F. Justicia y exclusión. Bogotá D.C: Instituto de Filosofía, Universidad de Antioquia; 2007.
- 22 Urena C. Contraste entre medidas objetivas y subjetivas de pobreza. Lisboa: Reunión del Grupo Río; 1999.
- 23 Sojo C. Exclusión social en América Latina y el Caribe. Cuestión Social Rev Mex de Seguridad Social. 2001; (47): 12-31.
- 24 Tezanos JF. Tendencias en desigualdad y exclusión social. Madrid: Sistema; 1999.
- 25 Tezanos JF. Desigualdad y exclusión social en las sociedades tecnológicas. Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración. 2002; (35): 35-53.

- 26 O'Hara P. Social inclusion health indicators: a framework for addressing the social determinants of health. Edmonton: Council ESP; 2006.
- 27 Claussen B, Davey G, Thelle D. Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57: 40-45.
- 28 Wilson K, Eyles J, Elliot S, Keller S, Devic D. Linking social exclusion and health: explorations in contrasting neighbourhoods in Hamilton, Ontario. *CUR*; 2007; 16(2): 126-148.
- 29 Duffy K. Final report: social cohesion and quality of life: the human dignity and social exclusion project. Strasbourg: Council of Europe; 1998.
- 30 Whitley E, Gunnell D, Dorling D, Davey G. Ecological study of social fragmentation, poverty and suicide. *BMJ*; 1999 (319): 1034-1037.
- 31 Raphael D. Economic inequality and health: policy implications. Health Conference; 1999. Antigonish: University of Toronto; 1999.
- 32 Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: OMS; 2009.
- 33 Alleyne G. La salud y el desarrollo económico en las Américas. x Jornadas Nacionales, ix Internacionales y i Congreso Americano de economía de la salud; 2000. Iguazú: OPS; 2000.
- 34 Gallego JM. Determinantes de la percepción subjetiva del estado de salud de los colombianos. *Observatorio de la seguridad social*. 2005; (11): 5-7.
- 35 Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. New York: Owl Books; 2004.
- 36 Johnston HB. Addressing social exclusion: analyses from South Asia and Southern Africa. *J Health Popul Nutr*. 2009; 27(4): 423-425.
- 37 Álvarez L, Bernal J, Vallejo A, Castrillón A, Sepúlveda D. Percepción sobre exclusión social en personas entre 18 y 69 años, Medellín, 2008. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
- 38 Agudelo HB. Hacia decisiones saludables para todos: diagnóstico de la situación de salud. Envigado, 2006. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
- 39 Cardona D, Agudelo HB. Aspectos de la calidad de vida de la población adulta de Medellín 2005. Comparativo por sexo. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006.
- 40 Villagut G, Ferrer M, Raimil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2004; 19(2): 135-150.
- 41 Skevington SM. Conceptualising dimensions of quality of life in poverty. *J Community Appl Soc Psychol*. 2009; (19): 33-50.
- 42 Veenhoven R. The four qualities of life. *Journal of happiness studies*. 2000; 1: 1-39.
- 43 Butterworth P, Crosier T. The validity of the SF-36 in an Australian National Household Survey: demonstrating the applicability of the Household Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey to examination of health inequalities. *BMC Public Health*. 2004; 4(44): 1-11.
- 44 García HI, Lugo LH. Adaptación cultural y fiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en instituciones de salud de Medellín (Colombia), 2002. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- 45 Biswas R, Diener E. Making the best of a bad situation: satisfaction in the slums of Calcutta. *Social Indicators Research*. 2001; (55): 329-352.
- 46 Drukker M, Os J. Mediators of neighbourhood socioeconomic deprivation and quality of life. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2003; (38): 698-706.
- 47 International Institute for Labour Studies. Social exclusion and anti-poverty strategy: research project on the patterns and causes of social exclusion and the design of policies to promote integration: a synthesis of findings. 1996.
- 48 Bohnke P. ¿Nothing left to lose? Poverty and social exclusion in comparison. Dublin; 2001.
- 49 Garay L. Colombia entre la exclusión y el desarrollo: propuestas para la transición al Estado social de derecho. Bogotá D.C: Contraloría General de la República; 2002.