



DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DEL GRADO DE
DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS

MUNICIPIO CIÉNAGA/MAGDALENA

TESISTAS

VANESSA BUSTILLO DÍAZ

LUCÍA PACHECO OROZCO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES

2018

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: PREDICTORES DEL GRADO DE
DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS

MUNICIPIO CIÉNAGA MAGDALENA.

TESISTAS

VANESSA BUSTILLO DÍAZ

LUCÍA PACHECO OROZCO

INVESTIGADORES - DIRECTORES DE TESIS:

CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ

JOSE ARMANDO VIDARTE CLAROS

UNIVERSIDAD AUTONÓMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES

2018

DEDICATORIA

A nuestros padres, hermanos, compañeros y amigos...a todos los docentes, tutores y funcionarios de la universidad, sin quienes no fuera posible llegar hasta estas instancias; igualmente a todos quienes contribuyeron con aportes y conocimientos para nutrir este proyecto de investigación y entregar un resultado de rigor a toda la comunidad académica.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros agradecimientos a Dios por encima de todo, a nuestras familias, docentes, compañeros y amigos, quienes con su incondicional cariño y amistad han forjado también los resultados que hoy se consolidan. Gratitud infinita es el sentir en este momento del camino y esperamos que sea el inicio de nuevas realizaciones.

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN.....	12
2	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DE GRADO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS MUNICIPIO CIÉNAGA/MAGDALENA	15
3	DEFINICIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA, PREGUNTA Y JUSTIFICACIÓN..	16
3.1	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
3.2	JUSTIFICACIÓN	21
4	OBJETIVOS.....	25
4.1	GENERAL.....	25
4.2	ESPECÍFICOS.....	25
5	REFERENTE TEÓRICO.....	26
5.1	CONTEXTO DEL ESTUDIO.....	26
5.2	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS).....	28
5.3	DISCAPACIDAD.....	32
5.4	DISCAPACIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS).	45
5.5	INSTRUMENTO WHO-DAS 2.0.....	50
5.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	52
6	MATERIALES Y MÉTODOS	66

6.1	TIPO DE ESTUDIO	66
6.2	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	67
6.3	SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	67
6.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	68
6.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	68
6.6	PROCEDIMIENTO.....	68
6.7	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	69
6.8	ASPECTOS ÉTICOS	70
7	RESULTADOS.....	71
7.1	ANÁLISIS UNIVARIADO.....	71
7.2	ANÁLISIS BIVARIADO.....	83
7.3	ANÁLISIS MULTIVARIADO.....	87
8	DISCUSIÓN.....	94
9	CONCLUSIONES	105
10	RECOMENDACIONES	106
11	BIBLIOGRÁFIAS.....	107
12	ANEXOS.....	117

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Visión de conjunto de la CIF.....	35
Tabla 2 Legislación de la Discapacidad en Colombia.....	43
Tabla 3 Operacionalización de los Determinantes Sociales de la Salud.	52
Tabla 4 Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHODAS 2.0.	65
Tabla 5 Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHODAS 2.0.	71
Tabla 6 Caracterización de los determinantes sociales de la salud intermedios.	73
Tabla 7 Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por dominios del WHO DAS 2.0	79
Tabla 8 Estadísticos descriptivos de las preguntas del WHO DAS 2.0	79
Tabla 9 Caracterización grado de discapacidad por dominios del WHO DAS 2.0.....	82
Tabla 10 Caracterización del grado de Discapacidad Final WHO DAS 2.0.....	83
Tabla 11 Prueba de normalidad para Discapacidad.....	83
Tabla 12 Correlación entre variables cuantitativas y la discapacidad por dominios y final	84
Tabla 13 Resumen. Asociación entre determinantes sociales de la salud estructurales con grado de discapacidad.....	85
Tabla 14 Resumen. Asociación entre determinantes sociales de la salud intermedios con grado de discapacidad.....	86
Tabla 15 Ejemplo del Modelo 1 de regresión lineal con tres variables.....	87
Tabla 16 Análisis de varianza del modelo lineal 1.....	88

Tabla 17 Resumen del modelo 1	88
Tabla 18 Análisis de los residuales o errores aleatorios del modelo	88
Tabla 19 Ejemplo del Modelo 2 de regresión lineal con cuatro variables	89
Tabla 20 Resumen del modelo 2	89
Tabla 21 Análisis de los residuales o errores aleatorios del modelo 2	89
Tabla 22 Información de ajuste de los modelo Logit	90
Tabla 23 Información de ajuste de los modelos coeficientes	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.	29
Figura 2 Modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead.	31

RESUMEN

Objetivo: Establecer los Determinantes Sociales de la Salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años del Municipio de Ciénaga Magdalena.

Materiales y métodos: se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional aplicando la regresión logística ordinal (RLO) sobre la base de un muestreo no probabilístico con 216 personas con discapacidad del Municipio de Ciénaga. Se utilizó el cuestionario WHODAS 2.0 (36 preguntas) para determinar la cantidad de dificultad encontrada en las actividades que una persona hace en su vida cotidiana independientemente del diagnóstico médico, dentro de los Determinantes Sociales de la Salud analizados están: sexo, edad, estado civil, etnia, tipo de afiliación al SGSSS, circunstancias materiales del trabajo, tipo de vivienda, número de personas en el hogar, utilización de órtesis y/o prótesis, servicios de rehabilitación. **Resultados:** Fueron estudiadas 216 personas con discapacidad, de las cuales el 56% son mujeres, el mayor porcentaje de edades son menores de 65 años, el 50% de la población vive en estrato socioeconómico 1. El grado de discapacidad final fue leve con un porcentaje de 54,6%, los dominios que presentaron mayor grado de discapacidad fueron moverse a su alrededor, dificultades para realizar actividades de la vida diaria y la participación en sociedad. Se identificó asociación estadísticamente significativa $p < 0,05$ entre los determinantes estructurales e intermedios como: edad, estrato social, área de procedencia, nivel educativo, horas mensuales, tiempo trabajado y tipo de contrato. **Conclusiones:** La Discapacidad en la población participante es explicada por variables como edad, ingreso, no contar con servicios de salud y no tener algún tipo de rehabilitación ordenada.

Palabras clave: Determinantes Sociales de Salud (SDD), Evaluación de la discapacidad, salud de la persona con discapacidad, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud; análisis de regresión, modelos logísticos, escolaridad, pobreza (Fuente: DeCS/ Bireme)

ABSTRACT

Objective: Establish the social determinants of health predictors of degree of disability in people older than 18 years of Ciénaga Magdalena municipality. **Methodology:** a descriptive correlational study was conducted by applying ordinal logistic regression (RLO) on the basis of sampling non-probability with 216 people with disabilities in the municipality of Ciénaga. We used the WHODAS 2.0 (36 questions) questionnaire to determine the amount of difficulty found in the activities that a person makes in his everyday life regardless of medical diagnosis, within the social determinants of health analyzed are: sex, age, marital status, ethnicity, type of affiliation to the SGSSS, material circumstances of work, type of housing, number of people in the home, use of orthoses or prostheses, rehabilitation services. **Results:** They were studied 216 people with disabilities, of which 56% are women, the highest percentage of ages are under age 65, 50% of the population lives in socioeconomic level 1. The final disability grade was slight with a percentage of 54.6%, the domains that showed higher degree of disability they were to move to his around, difficulties to perform activities of daily living and participation in society. Identified statistically significant association $p < 0,05$ between structural and intermediate determinants: between structural and intermediate determinants: age, social stratum, area of origin, educational level, rental hours, working time and type of contract. **Conclusions:** disability in the participant population is explained by variables such as age, income, not having health care and not have some kind of orderly rehabilitation.

Key words: social determinants of health (SDD), evaluation of the disability, health of persons with disabilities, international classification of functioning, disability and health; regression analysis, models logistic, schooling, poverty (source: DeCS / Bireme)

1 PRESENTACIÓN

El trabajo de investigación que se presenta es el resultado del esfuerzo por analizar los determinantes sociales de la salud como predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años en el Municipio Ciénaga Magdalena durante el año 2018. En función de este propósito, se realiza en el Capítulo I una aproximación al problema central desde una perspectiva global, nacional y local. Al respecto, se puede mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido los determinantes sociales de la salud (DSS) como aquellas circunstancias en las cuales una persona nace, crece, vive y envejece tomando su sistema de salud.

Por tal razón, la OMS ha venido trabajando para disminuir la desigualdad en el estado de salud en distintos países a nivel mundial, argumentando que las causas de estos desbalances se encuentran en la mala distribución del poder, los ingresos, los bienes y servicios, afectando las condiciones de vida de los seres humanos. En este sentido, esta situación conlleva a estados de pobreza que pueden ocasionar discapacidad. Específicamente en Colombia el DANE asegura que, de acuerdo a datos del censo poblacional 2005, el 6.4% de la población colombiana tiene algún tipo de discapacidad permanente, cifra dimensiona la problemática que se aborda en el presente estudio y motiva el planteamiento de la pregunta orientadora ¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud que influyen en el grado discapacidad en personas mayores de 18 años del municipio de Ciénaga/Magdalena?

Seguidamente, se evalúa dentro del Capítulo I la justificación, importancia y pertinencia de la investigación, fundamentada sobre la base de las inequidades en el sector salud, considerando los lineamientos de la OMS y las políticas de Estado representadas por el Ministerio de Salud. A partir de la pertinencia y actualidad del tema, se considera que el proyecto es un avance importante en el área, como mecanismo para generar estrategias de desarrollo a nivel individual, colectivo y en la esfera biopsicosocial del individuo con discapacidad, además, se articula plenamente con la línea de investigación Funcionamiento y Discapacidad en la Perspectiva de la Salud que se desarrolla en el grupo de investigación Cuerpo Movimiento de la UAM.

Para evaluar la discapacidad se utilizó el instrumento WHO-DAS 2.0 el cual mide se dominios de la vida: Cognición, comprensión y comunicación, Movilidad, movilidad y desplazamiento, Cuidado personal, cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo, Relaciones e interacción con otras personas, Actividades cotidianas, responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela y Participación en actividades comunitarias y en la sociedad.

El principal aporte novedoso del estudio radica en la valoración de las variables relacionadas con los determinantes de salud mediante la aplicación de técnicas estadísticas científicamente validadas, lo cual proporciona mayor robustez y fiabilidad a los resultados obtenidos. Con base en esta premisa, fue posible analizar el contexto colombiano a partir del censo DANE 2005 con los datos relacionados con la caracterización y localización de personas con discapacidad.

Para llevar a cabo la investigación fue necesario desarrollar en el Capítulo III los fundamentos teóricos relacionados con la temática, concretamente, la contextualización del estudio en donde se describe detalladamente el Municipio Ciénaga, respecto a su geografía y demografía, adicional a algunos aspectos sobre la discapacidad. Seguidamente, se exponen los determinantes sociales de la salud (DSS) desde una perspectiva global, orientada por la Organización Mundial de la Salud en un marco conceptual realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2007.

Por otra parte, se consideran las bases teóricas de la discapacidad tomando como paradigma el modelo integral de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) y parte del modelo biopsicosocial. Posteriormente, se establece un marco legal de las normas asociadas con la discapacidad en Colombia, así como una explicación detallada del instrumento WHO-DAS 2.0; en el Capítulo IV se desarrolla la operacionalización de variables, la cual establece los indicadores, categorías, tipos, fuentes de información y tipo de DSS.

Respecto a los materiales y métodos, estos se presentan en el Capítulo V el cual plantea un tipo de estudio descriptivo con fase correlacional, a través del enfoque cuantitativo, del mismo modo, se define la población y muestra, establecida por el área de estudio y un

muestreo para estimar la correlación. Seguidamente, la selección de los participantes, criterios de inclusión, técnicas e instrumentos, procedimientos, análisis estadístico y aspectos éticos.

Una vez aplicados los instrumentos, el Capítulo VI desarrolla los hallazgos obtenidos correspondiente a tres secciones fundamentales, análisis univariado, bivariado en el cual se cruzan las variables de discapacidad con los DSS y el multivariado, en el que se desarrolla el modelo de regresión logística ordinal (RLO) con las debidas pruebas de bondad de ajuste.

Finalmente, en el Capítulo VII sobre discusiones se realiza un debate de los hallazgos encontrados frente a la literatura académica sobre el tema, contrastando las distintas posiciones de los autores referidos y los principales aportes. De esta manera, se desarrollan las conclusiones y recomendaciones finales para futuras investigaciones, asimismo, se encontrará la lista de referencias bibliográficas y los anexos más importantes del estudio.

2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DE GRADO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS MUNICIPIO CIÉNAGA/MAGDALENA

RESUMEN EJECUTIVO

Título: Determinantes sociales de la salud predictores de grado de discapacidad en personas mayores de 18 años – Municipio Ciénaga/Magdalena 2018.			
Investigador Principal: Vanessa Margarita Bustillo Diaz, Lucia Pacheco Orozco.			
Directores: José Armando Vidarte Claros, Consuelo Vélez Álvarez			
Total, de Investigadores (número): 4 (cuatro)			
Nombre del Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento			
Entidad: Universidad Autónoma de Manizales			
Representante Legal: Gabriel Cadena	Cédula de ciudadanía: 5.565.569	De: Bucaramanga	
Dirección: Antigua Estación del Ferrocarril	Teléfono (68)8727272	Fax (68) 810290	
Nit: 890805051-0	E-mail: uam@autonoma.edu.co		
Ciudad: Manizales	Departamento: Caldas		
Sede de la Entidad: Antigua estación del ferrocarril Manizales			
Tipo de Entidad: Educativa			
Universidad Pública:	Universidad Privada: X	Entidad Pública:	ONG:
Lugar de Ejecución del Proyecto:			
Ciudad: Ciénaga	Departamento: Magdalena		
Duración del Proyecto (en meses): 24 meses			
Valor total del Proyecto:			
Descriptor / Palabras clave: Determinantes Sociales de Salud (SDD), Evaluación de la discapacidad, salud de la persona con discapacidad, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud; análisis de regresión, modelos logísticos, escolaridad, pobreza.			

3 DEFINICIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA, PREGUNTA Y JUSTIFICACIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los determinantes sociales de la salud (DSS) como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; dichos aspectos resultan de las políticas desarrolladas para la distribución del dinero, el poder y el manejo de los recursos a nivel mundial, nacional y local (1).

La desigualdad cada vez mayor entre el estado de salud de los países en el mundo, motivó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005, a ordenar la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el objetivo de reunir evidencia científica para crear un movimiento global por la equidad en salud; dicha comisión publicó su reporte final en el año 2008 en donde definió las acciones necesarias para subsanar las desigualdades, enmarcándolas en tres ejes, como son:

- El mejoramiento de las condiciones de vida a través de intervenciones en grupos etarios específicos como la primera infancia, las mujeres, entre otros;
- La lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, enfatizando en acciones a nivel político del sector público conducentes a una gobernanza, cuyo fin principal sea la promoción de la equidad.
- El desarrollo de mecanismos de medición de la magnitud del problema, en búsqueda de analizar y evaluar los efectos de las intervenciones, de tal manera que los determinantes sociales de la salud se constituyan en objeto de evaluación y seguimiento por parte de los gobiernos (2).

Vale la pena resaltar que las causales de las desigualdades sanitarias, al interior y por fuera, de los países, han sido ocasionadas por la distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y servicios, lo cual genera efectos inmediatos en las condiciones de la vida cotidiana de las personas, limitando su acceso a la atención en salud, la educación, a condiciones de trabajo adecuadas, su vivienda, ocio y diversión, limitando las posibilidades de una vida próspera, en donde se contemple un mejor estado y con el logro de realizaciones

personales. Esta situación es el resultado de una combinación de pobres políticas y programas sociales, arreglos económicos sin justos y una mala gestión política (3).

La OMS expresa que: “Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (4). Así también, los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son las diversas categorizaciones sociales que hacen más o menos vulnerables a algunos grupos sociales, limitando su propio control, en función de su escasa capacidad de reacción, lo que genera diferencias no naturales, injustas, que limitan ostensiblemente la capacidad de gestión del riesgo de las personas y las familias de esos grupos sociales en desventaja; un ejemplo de ello, son las personas con discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS, utiliza un enfoque “biopsicosocial” a través del cual define a la Discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales, ya sea físicas, intelectuales o mentales, propias de la persona, y del ambiente social y físico (5) .

Según Melguizo, la discapacidad es el resultado de una compleja intersección entre el estado de salud de una persona y unos factores de su entorno, es decir, la discapacidad no solo se manifiesta por la deficiencia de las funciones y estructuras corporales, sino también por el cruce de éstas, con los factores de su entorno, pudiendo generar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación; lo cual deja entrever que la discapacidad no es un fenómeno aislado, al contrario, se relaciona con muchos elementos tanto macro como micro (6).

Igualmente, la OMS, incluye en esta condición, deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación, considerando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y los factores contextuales, tanto ambientales como personales (7).

Para fines del siglo XX, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estimó una población de aproximadamente 83 millones de personas con discapacidad residentes en la

región de las Américas, y 53 millones de ellas en Latinoamérica y el Caribe; en relación a la última la información sobre la discapacidad es limitada, al igual que en la mayoría de los países en desarrollo; a pesar de esto, se sabe que la incidencia y las consecuencias de la discapacidad se encuentran estrechamente relacionadas con factores sociales y se presentan con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y bajo nivel educativo, en donde la población tiene mayor exposición a diversos factores de riesgo (8).

El análisis anterior, lleva a afirmar que la discapacidad tiene una relación directa con la pobreza (9). Otro problema se identifica en las dificultades para la consolidación de los perfiles en discapacidad en el contexto internacional, debido a la imposibilidad de tener fuentes fidedignas de información y en la utilización de variados métodos de análisis, que no permite un análisis unificado, tal como lo expresa el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en su informe (10), en donde se presentan las cifras de prevalencia de discapacidad en algunos países de Latino América con datos que van de un 13.1% en Perú, en el año 1993, pasando por un 9.3% Costa Rica, para 1998, y llegando a la más baja para Colombia en 1993 con un 1.2% (11).

Las autoras, Arne Eide y Benedicte Ingstad, han aportado tres aspectos que influyen en la situación de las personas pobres con una discapacidad, como son la oportunidad, el empoderamiento, y la seguridad; a partir de estos conceptos, establecen que los pobres con discapacidades necesitan encontrar oportunidades para salir de la pobreza; lo cual puede hacerse a través de la educación, el empleo o mediante préstamos, a menudo en forma de microcrédito (12). La pobre salud mental y física de las personas con discapacidad ha sido bien documentada y existen pruebas que sugieren que las desigualdades en salud, entre personas con y sin discapacidades, pueden explicarse al menos en parte por la desventaja socioeconómica que experimentan las personas con discapacidades (13).

Los autores Dahlgren y Whitehead, han establecido que, aproximadamente 600 millones de personas en el mundo presentan algún tipo de discapacidad, de los cuales, el 80% de ellas vive en países de bajos ingresos, con altos niveles de pobreza y sin acceso a servicios básicos o de rehabilitación (14).

En Colombia, el DANE manifiesta que, según el censo poblacional, para el año 2005, del total de 41.242.948 personas, el 6.4% tenían algún tipo de discapacidad permanente, lo que traducido en cifras absolutas corresponde aproximadamente a 2.639.548 personas (15). Lo anterior denota una tasa de crecimiento, observado a partir de las cifras expresadas por el Ministerio de Salud de Colombia el cual estimó que en el año 2002, y con base en el estimativo del 12% para la población mundial, cerca de cuatro millones y medio de personas presentaban algún tipo de limitación (16); así mismo se encontró que en el censo poblacional del DANE del año 1995, se estableció que cerca de 600.000 personas presentaban condiciones de discapacidad, lo cual representaba el 1.9% de la población de entonces (17).

Según los datos presentados, en el año 2009, por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe (18), en Colombia, durante el periodo comprendido entre los años 2002 y 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas en situación de discapacidad de 829 municipios del país. Estos reportes también manifiestan que la población con discapacidad, en su mayoría, es de escasos recursos, con residencia en sectores de estratos 1 y 2, en un gran porcentaje no se encuentra afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); adicionalmente se encuentran ubicados en las cabeceras municipales, el grupo de edad más afectado es el de los mayores de 60 años, principalmente del género femenino, en quienes prevalece un bajo nivel educativo generado por un alto porcentaje de inasistencia escolar.

El desempleo se constituye como uno de los principales problemas que aqueja a esta población, debido a que cerca del 70% de las personas en situación de discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral. Según los resultados de este consolidado, el 4.2% de la población mayor de 10 años, se encuentra buscando trabajo, y quienes están trabajando son en su mayoría hombres (18). Por otra parte, a partir de la información del módulo acerca de discapacidad de la Encuesta Nacional de Salud 2007, del Ministerio de la Protección Social, se analizan los determinantes de funcionamiento, y de discapacidad sentida de acuerdo a la severidad de las dificultades, al igual que algunos determinantes sociodemográficos; esto generó como resultado que, del total de encuestados, el 47,5% de la población fueron hombres y el 52,5% mujeres, en donde

prevalecen dificultades de tipo leve y moderada, tales como las dificultades para bañarse, vestirse y mantener una amistad.

En cuanto al género, se identificó que en las mujeres se presentan en mayor proporción las dificultades para realizar bien las actividades de la casa y estar de pie durante largos periodos de tiempo. Por otro lado, y con respecto al estado de salud durante los últimos treinta días, anteriores al estudio, las personas con dificultades extremas para bañarse y vestirse son quienes reportan percibir el peor estado de salud, en comparación con las personas que presentan dificultades leves o moderadas (18).

En cuanto a los tipos de discapacidad, estos estudios muestran que las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo fueron las más frecuentes, con un 48.8%, seguidas por las del sistema nervioso, con el 41.7%, y la visión, con 40.9%. De igual forma, el 30.5% refirió las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, como aquella que más le afectaba, seguidas por el sistema nervioso, en un 20.5% y el sistema cardiorrespiratorio y defensas, con el 14.9% (11).

Al respecto de la distribución por grupos de edad, se identificó que los grupos entre 0 a 4 años, 5 a 14, y 15 a 44 años, tienen una mayor proporción de alteraciones de la voz y el habla; por otro lado, el grupo entre 45 a 59 años, sufre más de alteraciones en la digestión y el sistema cardio-respiratorio, y en los mayores de 60 años, son más comunes las alteraciones en el sistema cardio-respiratorio, oídos, movimiento, ojos etc. (18).

Como se puede observar, si bien existen estudios que caracterizan la discapacidad en relación a variables identificadas como determinantes sociales de la salud, no se encuentra, hasta la fecha, información en donde se evidencie el grado de discapacidad, valorado desde el “WHO DAS 2.0”, el cual se presenta como el instrumento a utilizar en la presente investigación, en tanto considera también su relación con los Determinantes Sociales de la Salud.

Por lo citado y de acuerdo a lo observado en líneas anteriores, los determinantes sociales de la salud se encuentran limitados por malas condiciones de vida, dificultades en el acceso a los servicios de salud, bajo nivel educativo, y escasas posibilidades de empleo que agravan

de manera sustancial la evolución del problema (19); a partir de este contexto se plantea la siguiente pregunta de investigación.

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud que influyen en el grado discapacidad en personas mayores de 18 años del municipio de Ciénaga/Magdalena?

3.2 JUSTIFICACIÓN

El análisis de las inequidades en salud, con el denominado enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud y Económicos, es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los Ministerios de Salud de varios países, es además un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología (20).

Està demostrado que el campo de conocimiento de los determinantes sociales y económicos se fundamenta en el análisis de las inequidades, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por tanto injustas, de tal manera que su centro de atención es la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los diversos grupos sociales (20).

El propósito principal de esta investigación fue el de establecer la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el grado de discapacidad en población mayor de 18 años, del municipio de Ciénaga/Magdalena, participantes en el estudio. El conocimiento de la relación, que cada uno de los determinantes sociales de la salud analizados, tiene con el grado de discapacidad, se constituye en insumo importante para la propuesta e implementación de políticas públicas que propendan por adecuados procesos integrales y de inclusión social para esta población.

En este sentido, se realizó un estudio que permitió conocer la relación entre las variables analizadas; teniendo en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), tanto estructurales como intermedios, y la evaluación de la discapacidad desde el modelo

biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la Discapacidad y de la Salud, evaluada con el WHO-DAS 2.0. El desarrollo de este trabajo es un aporte para las diferentes ciudades del país que permitirá una mejor comprensión de la relación estrecha, que diversos autores han establecido a nivel internacional, entre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) con la discapacidad (21).

Los principales beneficiarios fueron, en primer lugar, los profesionales que realizan actividades con esta población, como fisioterapeutas, médicos, fisiatras, terapeutas ocupacionales, educadores físicos, y área afines; adicionalmente, las personas con discapacidad, ya que con estos resultados será posible reorientar trabajos terapéuticos y de promoción de la salud, aplicables en instituciones de salud, y trabajos interdisciplinarios en pro de mejorar la calidad de vida de esta población, y de esta manera completar las políticas públicas existentes en la región y la toma de conciencia por los administradores públicos del cumplimiento de leyes ya establecidas que benefician a las personas con discapacidad.

De esta forma, este proyecto puede constituirse en un importante avance en el área, ya que busca brindar herramientas clave para orientar los diferentes procesos de intervención dirigidos a esta población, posibilitando finalmente mejores estrategias de desarrollo a nivel individual, colectivo y en la esfera biopsicosocial de las personas con discapacidad.

La utilización del WHO-DAS 2.0 como instrumento de evaluación de la discapacidad, permitió realizar una valoración integral de la misma, en especial, de la limitación de la actividad y restricción en la participación de las personas que hicieron parte de este estudio; de esta manera, establecer la relación que permitió conocer la influencia de las variables, y de igual manera conocer cuáles variables de los determinantes sociales de la salud pueden ser factores predictores de la discapacidad.

Cabe anotar, que el WHO DAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico, que hace posible medir la salud y la discapacidad en la población, y en la práctica clínica, permite establecer el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida (22):

- Dominio 1: Cognición, comprensión y comunicación.
- Dominio 2: Movilidad, movilidad y desplazamiento.

- Dominio 3: Cuidado personal, cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo.
- Dominio 4: Relaciones e interacción con otras personas.
- Dominio 5: Actividades cotidianas, responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela.
- Dominio 6: Participación en actividades comunitarias y en la sociedad.

Con la utilización del WHO DAS 2.0, además se permite guiar las intervenciones terapéuticas y estrategias de gestión, ya que sus resultados posibilitan predecir si la persona puede trabajar y llevar a cabo las actividades cotidianas necesarias para cumplir con sus roles en el hogar, el trabajo, la escuela o en otras áreas sociales; teniendo en cuenta todos sus contextos. Este proyecto se articula a la línea de investigación *Funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la Salud* del grupo de investigación Cuerpo Movimiento de la UAM, puesto que se dirige a la valoración del grado de discapacidad y su relación con variables desde los determinantes sociales estructurales e intermedios, fortaleciendo los procesos que tienen que ver con el funcionamiento de las personas para establecer posibles predictores entre estas variables.

La novedad de la investigación radicó en la valoración de la variable de interés, a través de técnicas y pruebas científicamente validadas que dan garantía para la fiabilidad de los resultados obtenidos; además de ser pionera para el campo del funcionamiento y la discapacidad en las diferentes regiones de aplicación. Lo anterior permitió, en el contexto colombiano, el definir cómo la búsqueda de antecedentes arroja avances investigativos sobre los DSS y Discapacidad, específicamente desde parámetros descriptivos, a partir del censo DANE del 2005, en el cual se hizo una caracterización y localización de las personas con discapacidad, sin embargo, aún no se han establecido procesos entre los determinantes sociales de la salud y el grado de discapacidad a partir del uso del WHO DAS 2.0.

El proyecto fue ejecutado por personal profesional idóneo, tales como estudiantes de la maestría de discapacidad cohorte II, extensión Barranquilla; profesores investigadores con buena trayectoria en la temática, y los recursos técnicos, tecnológicos y financieros de fácil acceso y disponibilidad.

4 OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Establecer los Determinantes Sociales de la Salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años del municipio de Ciénaga Magdalena en el año 2017.

4.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar los Determinantes Sociales de la Salud estructurales e intermedios en las personas con discapacidad participantes en el estudio
- Caracterizar el grado de discapacidad los participantes en el estudio.
- Relacionar los Determinantes Sociales de la Salud con el grado discapacidad en los participantes del estudio.
- Establecer un modelo predictivo (Regresión Logística ordinal) del grado de discapacidad a partir de los Determinantes Sociales de la Salud.

5 REFERENTE TEÓRICO

5.1 CONTEXTO DEL ESTUDIO

Ciénaga, es una de las primeras localidades del departamento del Magdalena reconocida como una tierra cálida llena de historia, arquitectura y cultura que está localizada a orillas del Mar Caribe; fue fundada en 1521 por Rodrigo de Bastidas y catequizada por Fray Tomas Ortiz en 1538, finalmente organizada y categorizada como municipio, en 1827. Por mucho tiempo, su actividad económica principal fue el monocultivo de banano, sin embargo, su biodiversidad, derivada de su ubicación en las regiones de La Sierra Nevada de Santa Marta y la Ciénaga Grande de Santa Marta, permite que diversos productos agrícolas, y hasta la ganadería, hagan parte en la actualidad de su sustento económico.

Este municipio se encuentra en la Subregión Norte del departamento del Magdalena, cuenta con un territorio cuya extensión es de 1'267.97 Kms, de los cuales 9.36 Kms corresponden al área urbana, y el perímetro rural abarca 20.284 Kms, por lo cual el perímetro total del municipio es de 249.095 Kms. Geoespacialmente, se define entre los 10° 30' y 20'' y los 11° 30'' latitud norte, y los 74° 30'' al oeste del Meridiano de Greenwich. Limita al Norte con el mar Caribe y el distrito turístico, cultural e histórico de Santa Marta; al Sur, con el municipio de Zona Bananera; al Este, con el municipio de Aracataca y el distrito de Santa Marta; y al Oeste, con el municipio de Pueblo Viejo y la Ciénaga Grande de Santa Marta.

Geográficamente, el municipio tiene una ubicación estratégica por estar sobre la intersección de la Troncal del Caribe con la Troncal de Oriente, convirtiéndose en el punto de convergencia de muchas personas que se trasladan hacia la Guajira, Barranquilla y el interior del país; está rodeada de espejos de agua y zonas lagunares, que la privilegian con un clima variable y una riqueza hídrica; se presenta como un rincón natural entre el mar, el río Toribio y Córdoba, aguas termales y la Ciénaga Grande de Santa Marta, resultado de la confluencia con la Sierra Nevada de Santa Marta. Estadísticamente, el municipio cuenta con 104.331 habitantes, de los cuales 98.652 personas se encuentran en la cabecera municipal y 5.679 en el resto del territorio. Existe poca diferencia entre el número de hombres, siendo de 52.209 frente a las 52.122 mujeres en el municipio.

En cuanto a la población con discapacidad, según la dirección de censo y demografía DANE 2010, en el municipio de Ciénaga se hallan 2902 personas con discapacidad, de las cuales 1576 son hombres y 1326 son mujeres; a su vez se encuentran estratificadas entre el nivel socioeconómico uno con 1951 personas; el nivel dos, con 678; el tres, con 179; y sin ubicación de estrato.

Otro aspecto relevante, son las causas de la discapacidad que alteran la participación de actividades cotidianas; en el municipio, 1001 son causadas por afecciones en movimientos del cuerpo, brazos, manos y piernas, 836 por daños en el sistema nervioso, 344 por discapacidad visual, 131 con afecciones a nivel de oído, 15 con otros órganos sensoriales, 149 con problemas en la voz y el habla, 272 en el sistema cardiorrespiratorio, 99 en el sistema digestivo, metabólico y hormonal y 24 en el sistema genital reproductivo.

Según el plan de desarrollo del municipio de Ciénaga, se pretende avanzar en la aplicación de la normatividad de este grupo poblacional y en el reconocimiento de sus derechos en materia de empleo, seguridad social, salud, educación, vivienda, seguridad alimentaria, tecnología y referentes institucionales, con el propósito de garantizar el desarrollo integral y libre de su accionar dentro del municipio, tanto en el área urbana, como en su área rural; apuntando a la construcción de una política pública de discapacidad con inclusión para el municipio de Ciénaga, la transformación de lo público, garantía jurídica, participación en la vida política y pública, desarrollo de la capacidad y reconocimiento a la diversidad.

En el análisis de la estructura actual se enfatiza el tema de las finanzas públicas, ya que de su correcta orientación dependerá, en buena medida, que se pueda lograr una mayor dinámica local y, sobre todo, mejorar el nivel de vida de sus habitantes. En particular las regalías que recibirá en los próximos años, por ser puerto carbonero, puede ser la fuente para financiar dos áreas prioritarias para su futuro: la elevación del capital humano de sus habitantes por medio de la educación formal y el mejoramiento del equipamiento urbano de la ciudad de acuerdo a lo expresado por el Concejo Municipal en su acuerdo 008 de 2016 (23).

5.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS).

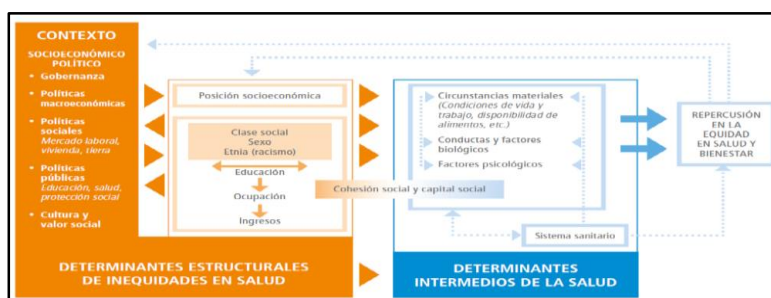
El concepto de salud ha experimentado un proceso de revisión constante; desde mediados del siglo XX se ha producido un desplazamiento desde la búsqueda de las causas de la enfermedad, centradas en el individuo, a la aparición de los determinantes sociales, los principales moduladores del fenómeno salud y la enfermedad. Hoy sabemos que la salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones - generales de la vida de las personas y con la forma de vivir; en este sentido, se han hecho notables esfuerzos en las últimas décadas para comprender cómo interactúan los determinantes sociales y se producen los resultados en salud (21).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana; estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente inequitativas y dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud.

Es posible que sea inevitable que algunas de dichas condiciones sean diferentes, en cuyo caso se consideran desigualdades, o que, de hecho, estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cuyo caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas destinadas a aumentar la equidad. La mayor parte de la carga mundial de morbilidad, mortalidad, e igualmente las causas principales de las inequidades en salud que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el efecto del sistema de salud; estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las viviendas, el acceso a servicios, las escasas calificaciones laborales constituyen factores de buena parte de las desigualdades en los efectos de salud, y son consecuencia de la forma como se distribuye el poder, el dinero y los recursos en todas las escalas territoriales (9).

A estas condiciones se les ha llamado Determinantes Sociales de la Salud (DSS), haciendo referencia a los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que influyen los efectos de salud. El modelo conceptual adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social es el que postula la Organización Mundial de la Salud, que parte de la premisa de que las condiciones sociales influyen de forma decisiva en la salud, por lo que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar (9); este modelo conceptual muestra la interrelación de los aspectos de contexto, posición y circunstancias con la equidad sanitaria y está representado gráficamente en la siguiente

Figura 1 Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2007).

Los determinantes estructurales de inequidades en salud que se ubican en la primera columna, son aquellos que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad, tales como la distribución de ingresos o la discriminación por factores, como el género, la etnia o la discapacidad, al igual que las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas; estos determinantes establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos (21).

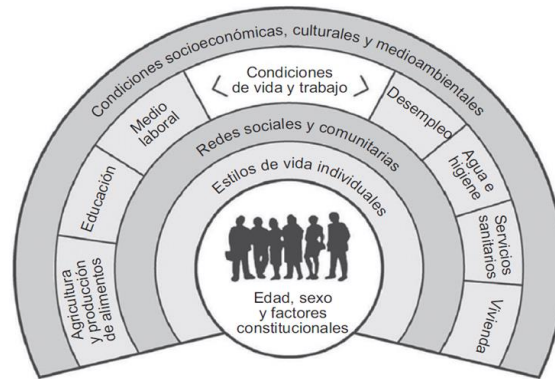
En la segunda columna del mapa conceptual, se encuentran los aspectos principales de jerarquía que definen la estructura social y las relaciones de clase dentro de la sociedad, las cuales son características que se relacionan íntimamente con la distribución del poder, el prestigio y los recursos. La posición socioeconómica se ubica en primer lugar, la que a su vez está relacionada con los otros factores como los ingresos, el acceso a los recursos, el empleo; al igual que el género, y la etnia/raza influyen en las desigualdades de salud.

Estratificar los grupos sociales por ingreso, género, etnia, educación, ocupación u otros determinantes conlleva a la creación de desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo (21,24).

En la tercera columna, se sitúan los determinantes intermedios de la salud e ilustran cómo los determinantes estructurales no ejercen una acción directa sobre la salud, sino que obedecen al resultado de una acción de determinantes intermedios, como circunstancias materiales, conductas y factores biológicos, y factores psicosociales. El sistema de salud se incorpora al modelo como un determinante intermedio, ya que el sector sanitario ejerce influencia en la producción de la salud con responsabilidad en la gestión de las diferencias en la vulnerabilidad, en la exposición y en las consecuencias de la enfermedad (24). Los determinantes sociales intermedios definen las circunstancias físicas y materiales directas en la cuales una persona o familia vive su cotidianidad y que influyen en forma directa sobre su condición de salud.

El modelo de Dahlgren y Whitehead, adoptado por Acheson (14), presenta los principales determinantes de la salud como capas de influencia. En su centro, se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan su salud y que son inmodificables, mientras que a su alrededor aparecen las capas que se refieren a determinantes posibles de cambiar, siendo los primeros, los estilos de vida individuales que, desde hace décadas, han sido el objeto de la promoción en salud. Luego se encuentra la capa en que los individuos son influenciados por su comunidad y las redes sociales, o redes emocionales y familiares, las cuales pueden sostener la salud de los individuos o dificultar la adopción de conductas saludables cuando son ignoradas (14), la figura 2 muestra un ejemplo de este modelo.

Figura 2 Modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead.



Fuente: Agudelo (2010).

En Colombia, el Observatorio Nacional de Salud (ONS), pretende profundizar y desarrollar el análisis de la situación de salud en el país bajo la perspectiva de los determinantes sociales, para lo cual ha reconocido la necesidad de comprender los distintos enfoques teóricos y metodológicos, así como la información y herramientas analíticas necesarias para llevar a cabo dichos análisis. Se desarrollan en tal medida, análisis de problemas prioritarios en salud o análisis de situación de salud de grupos específicos en territorios determinados, que permitan entender los determinantes y brindar elementos para el abordaje de los mismos a través de políticas públicas que contribuyan a la mejoría de condiciones de salud de la población del país y disminuir las inequidades en salud (25).

Se considera en general que el enfoque de los determinantes sociales de la salud es una manera sumamente eficaz de abordar las inequidades en materia de salud dado que promueve medidas con respecto a una variedad de factores que influyen en los resultados individuales y poblacionales en materia de salud, muchos de los cuales están fuera del alcance del sector de la salud. En la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se formulan tres recomendaciones para la acción: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos, y medir y comprender el problema; y evaluar los efectos de las intervenciones. (26).

5.3 DISCAPACIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad es un importante problema de salud pública; cuando se realizan evaluaciones globales sobre la carga de enfermedad, más de la mitad de la carga de mortalidad prematura se debe a la discapacidad total (27). Es por ello, que las políticas de los estados y realidades sobre la discapacidad de todo el mundo son, actualmente, el resultado de la perspectiva eco-sistémica a partir de un modelo biopsicosocial, siendo la Organización Mundial de Salud (OMS) uno de los exponentes, reflejado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF); esta última aporta un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social (28).

El modelo integral de la CIF posee tres componentes importantes; el primero, son las funciones y estructuras corporales, se refiere a todas las funciones fisiológicas de los sistemas corporales y las partes anatómicas o estructurales del cuerpo, y su ausencia o alteración, se concibe como deficiencias en las funciones y las estructuras; el segundo componente, la actividad, significa la realización de una tarea o acción por una persona, las dificultades que tiene ésta para realizar dichas tareas se denomina limitaciones en la actividad; el tercer componente, la participación, es la implicación de la persona en una situación vital, y los problemas que ésta pueda experimentar constituyen las restricciones en la participación. Los tres componentes están integrados bajo los términos funcionamiento y discapacidad y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales (8).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) conceptualiza la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación, denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y la de los factores contextuales individuales.

Por el contrario, el funcionamiento indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, circunscribe funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación (8).

Los factores contextuales se definen como los factores que constituyen, conjuntamente, el entorno completo de la vida de una persona, tiene dos componentes: factores ambientales y factores personales. Los primeros, se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Por otro lado, los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y su estilo de vida, están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud; estos pueden incluir el género, la raza, la edad, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, la educación, la profesión, experiencias actuales y pasadas, comportamiento, personalidad, espiritualidad, entre otros (8, 28).

Sin lugar a duda, este modelo es multidireccional, contempla de manera más exhaustiva la complejidad de la discapacidad, lo cual se relaciona con lo expresado por Vanegas y Gil: “La discapacidad se entiende como un conjunto de elementos biológicos, sociales y culturales que conforman interrelaciones en donde todas se ven afectadas si una de ellas cambia” (29).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) integra los modelos biomédicos y sociales de la discapacidad y asume el modelo biopsicosocial como marco conceptual; además, en la medida en que recoge factores ambientales y personales en su modelo, permite construir la manera en que estos pueden ser un elemento clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos y las poblaciones, y el modo en que se pueden adoptar cambios y medidas sociales que pueden reducir su impacto cuando este es negativo.

El modelo biopsicosocial derivado de la teoría general de los sistemas parte de la biología y corresponde a los cambios, que la ciencia contemporánea, ha hecho en su cuerpo teórico. Este modelo se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente, considerando que el funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja

entre su estado o condición de salud y los factores ambientales, estos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento; ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona. En éste se requiere integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; clasificar y medir la discapacidad, y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad (30).

El modelo biopsicosocial coloca como actor principal a las personas con discapacidad, su familia y la comunidad, se plantea objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual, familiar, comunitario y social, en relación a la dimensión, no solo física sino también personal y espiritual. Las características fundamentales de este enfoque son:

- La atención primaria en salud, la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables, con plena participación social y a un costo accesible para la comunidad y el país.
- La multisectorialidad que implica el involucramiento de los diferentes actores sociales: instituciones, asociaciones, líderes y grupos comunitarios, familiares de personas con discapacidad, para trabajar de manera coordinada y sistemática, estimulando la gestión intersectorial, proponiendo la democratización del conocimiento y el empoderamiento local para el logro del objetivo propuesto, utilizando la participación y la concertación para la toma de decisiones.
- La desconcentración y descentralización de los servicios de rehabilitación, así como la difusión del conocimiento en la atención a las personas con discapacidad; considerando el trabajo en red, que conlleva a una interrelación entre todos los actores o agentes locales unidos y conectados bajo una misma filosofía de atención a las Personas con discapacidad (PCD), propiciando acciones que contribuyan a la equidad mediante el acceso a igualdad de oportunidades e integración social, con enfoque de derecho.
- La promoción de un sistema de protección social para las personas con discapacidad que dé respuesta a las principales necesidades sociales y económicas a este grupo de población. El modelo biopsicosocial de atención integral a las personas con discapacidad, parte de una visión integrada, permitiendo explicar la discapacidad

como un hecho multidimensional y establece los lazos entre los distintos niveles: biológico, personal y social que lo sustentan, planteándose el logro de la funcionalidad como parte de la rehabilitación. (31).

Es de vital importancia aclarar que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) no es solo aplicable en discapacidad, sino también a cualquier persona que presente una condición asociada a la salud; esta clasificación se conforma por dos partes, cada una con dos componentes, que a su vez son descritos en la tabla 1:

- Funcionamiento y Discapacidad.
 - Funciones y Estructuras Corporales.
 - Actividades y Participación.
- Factores Contextuales.
 - Factores Ambientales.
 - Factores Personales.

Tabla 1 Visión de conjunto de la CIF.

Componentes	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las Estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/obstáculos	no aplicable
	Discapacidad			

Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (2001).

Cada componente puede expresarse en aspectos positivos o negativos, de igual manera cada componente consta de varios dominios y cada uno contiene categorías que a su vez son unidades de clasificación. El constructo básico de los factores ambientales está formado por efecto posibilitador o de obstrucción que son característicos de nuestro contexto físico, social y actitudinal (30). En las funciones corporales, el cuerpo es tomado como una unidad

que compromete cerebro y todas sus funciones; por lo que podemos deducir que la clasificación considera un método sistémico, al hablar de funciones y estructuras corporales, concluyendo que no se consideran los órganos de manera individual.

Dentro de estos dominios, expuestos en la tabla 1, también se encuentran las deficiencias que representa problemas en funciones o estructuras corporales donde existe una alteración del estado bio médico del cuerpo y sus funciones, las cuales pueden ser de orden intelectual, psicológico, de lenguaje, en órganos, músculo esquelético, sensitivas entre otras. Los dominios para el componente “Actividad y Participación” están incluidos en una lista que incluye categorías de áreas vitales, siendo útiles para evaluar desempeño/realización y de igual manera capacidad; entendiendo como desempeño a la acción de implicarse en una situación vital dentro de cualquier contexto que rodee a la persona, ya sea físico, social o actitudinal; y el calificador de capacidad, explica la habilidad de una persona de realizar un rol o acción específica en un tiempo determinado, dentro de un contexto dado.

Por otra parte los factores “Contextuales” son los componentes de la vida de la persona y su estilo de vida, dentro de ellos se encuentran los factores ambientales y personales de vital importancia en todo los aspectos relacionados con la salud. Existe una amplia gama de factores contextuales en los que podemos incluir género, raza, edad, estilos de vida, hábitos, educación, entre otros (8)

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) “La discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona”; por ende, los factores contextuales juegan un papel importante en cuanto a la discapacidad, ya que existe una constante interacción con cada componente y cada dominio mencionado anteriormente, en donde se producen diferentes efectos en las personas con discapacidad, facilitando o restringiendo el desarrollo del individuo (28).

Al analizar lo expuesto anteriormente, es posible establecer que la discapacidad es una condición que afecta a la persona que la vive, pero que impacta en su entorno familiar y

social, dado que puede llegar a limitar su capacidad para trabajar y vivir de forma independiente. Sin embargo, la información disponible que permita caracterizar la situación de discapacidad, en un continuo del estado de salud es insuficiente (15). En el informe mundial sobre discapacidad realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2011, se estimó que, en una población mundial de más de mil millones de personas, el 15% viven con algún tipo de discapacidad, cifra que va creciendo debido al envejecimiento de la población (32).

Según la Encuesta Mundial de Salud, se encontró que el 15,6%, es decir, cerca de 785 millones de personas de 15 años y más, viven con algún tipo de discapacidad. Esta encuesta señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones, es decir el 2,2%, tienen dificultades significativas en el funcionamiento. De otro lado, el informe del Proyecto de Carga de Morbilidad estima que la población con discapacidad es de 975 millones o el 19,4%, de donde se estima que el total de personas con una discapacidad grave es de 190 millones, o el 3,8%; de igual manera, este informe mide la discapacidad infantil, hace una estimación de 95 millones de niños, con un 5,1%, de los cuales, 13 millones, o el 0,7%, presentan una discapacidad grave (32).

En Colombia, según el censo de 2005, la prevalencia de personas, con al menos una limitación, fue del 6,3%, siendo mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%); para entonces, se calcula que existían 2.651.701 personas con alguna limitación. Según la misma fuente, la discapacidad en hombres se concentra en el grupo de 0 a 35 años, mientras que, en las mujeres, la mayor proporción está en las adultas mayores, presumiblemente debido a las diferentes formas de discapacidad asociadas a las condiciones sociales, económicas y de violencia (20).

En las personas registradas, la discapacidad mas frecuente corresponde a deficiencias en funciones o estructuras relacionadas con el movimiento del cuerpo, miembros superiores e inferiores, representado con un 48,4%; le siguen, en orden de importancia, aquellas en las cuales se encuentra comprometido el sistema nervioso, con un 41,7%; los ojos, con un 40,7%; las estructuras de voz y habla, con un 18,5%; y las deficiencias en los oídos, con un 18,7%. Adicionalmente, se estimó que la demanda de ayudas especiales para el manejo de

la discapacidad es del 32% en las mujeres y del 25% en los hombres, de lo cuales solo el 56% han tenido acceso a ellos; en este mismo sentido, la mayor proporción de personas con demanda insatisfecha de dispositivos son personas jóvenes, en un rango de años entre 12 y 29 años (15).

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas, el 13 de diciembre de 2006 y aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, reconoce a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (33).

Teniendo en cuenta este contexto, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012-2021, constituye un instrumento de política pública que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como, de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social; éste transversaliza la atención diferencial para las personas con discapacidad en todas las dimensiones prioritarias y en sus componentes (16).

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad está orientada a prevenir la discapacidad en la población general, lo que requiere de un cambio de cultura, tanto de la población como de los servidores públicos y del personal de otros sectores, incluyendo la adopción de estilos de vida saludables y de medidas preventivas para reducir los factores de riesgo a lo largo de toda la vida; por lo cual, se contempla la suma de esfuerzos de diversos programas y servicios de prevención de amenazas, riesgos y daños evitables para la salud y la promoción de la salud, evitando o mitigando la aparición de la discapacidad.

Esta atención, incluye también una serie de estrategias y líneas de acción para contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación; es por ello que se deben incorporar acciones orientadas a garantizar la atención integral y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad, con el fin de

mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social, considerando un total respeto a sus derechos y a su libre decisión (16).

La movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social, y la gestión de la información y el conocimiento en discapacidad, son dos componentes del plan decenal de salud pública relevantes para el desarrollo de esta investigación. A continuación, se detallan dichos componentes:

- Movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social.
 - a) Promoción y gestión de estímulos empresariales para la inclusión laboral y productiva, así como la nivelación salarial de personas con discapacidad.
 - b) Certificación de la condición de discapacidad a las personas que la requieran.
 - c) Capacitación en el desarrollo de procesos de gestión para la prestación de los servicios de atención a la población con discapacidad, considerando la participación de las personas con discapacidad, familia, cuidadores y profesionales, que proveen dichos servicios.
 - d) Seguimiento a la articulación de los planes territoriales de salud con los planes de acción de los comités territoriales de discapacidad en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad.
 - e) Generación, seguimiento y evaluación de la adecuación de los sistemas de transporte, vías y señalización vial accesible para las personas con discapacidad (16).
- Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad.
 - a) Ampliación de la cobertura en todas las regiones del país del “Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad” (RLCPD)
 - b) Identificación de la línea de base para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) dirigidas al bienestar de las personas con discapacidad.

- c) Investigación permanente sobre la situación en salud de las personas con discapacidad, con el fin de prevenir las deficiencias mediante la intervención positiva de los Determinantes Sociales de la Salud.
- d) Seguimiento y evaluación en salud a las personas con discapacidad, incluyendo las variables que caracterizan a la población en los diferentes registros administrativos y de seguimiento, liderados por el sector salud, con desarrollo e implementación del Observatorio Nacional e Intersectorial de Discapacidad para Colombia (16).

Finalmente, es importante llamar la atención sobre la legislación actual en Colombia, específicamente la Ley Estatutaria 1618 de 2013, por medio de la cual se garantiza el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, cuyo objetivo es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de ésta personas mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa, de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009 (11,33).

Por otro lado, y para garantizar el ejercicio efectivo del derecho al trabajo de las personas con discapacidad, en términos de igualdad de oportunidades, equidad e inclusión, en concordancia con el artículo 27 de la Ley 1346 de 2009, el Ministerio de Trabajo o quien haga sus veces y demás entidades competentes, establecerán un decreto reglamentario que establezca una puntuación adicional en los procesos de licitación pública, concurso de méritos y contratación directa, para las empresas que en su planta de personal tengan personas con discapacidad contratadas con todas las exigencias y garantías legalmente establecidas, y para las empresas de personas con discapacidad, familiares y tutores(33).

Estudios realizados muestran algunas cifras acerca de las condiciones actuales en las que se encuentran las personas con discapacidad; uno de estos, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, plantea que entre el 7% al 12% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad (32). En Colombia, según el Ministerio de Salud, en 1996, la población con discapacidad era del 12%, del cual el 60% correspondía a discapacidad física y sensorial (17). Teniendo en cuenta estas cifras y otros factores, como

La accesibilidad a diferentes espacios que influyen en el problema de la inclusión social de las personas con discapacidad, se han fundamentado investigaciones que buscan lograr dicha inclusión (10). Es así como a finales de los años 70, la mayoría de los países europeos, algunos asiáticos y de América del Norte, contaban con legislación, que garantizaba la inclusión social de las personas con discapacidad en todas las áreas, incluyendo la laboral.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) calcula que en el mundo hay unos 386 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar, las cuales son personas que tienen el potencial necesario para incorporarse al mercado laboral y contribuir al desarrollo de sus países como empleados, trabajadores independientes o empresarios; sin embargo, la situación de empleo resulta deficiente, debido a que, con frecuencia, los empleadores creen que las personas con discapacidad no están preparadas para el trabajo, sin darles la oportunidad de demostrar lo contrario. Otras razones manifiestas, se deben a que las personas con discapacidad no han tenido acceso a la educación y a la formación profesional, dado que los servicios de ayuda que requieren no están disponibles (19).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de Naciones Unidas (ONU) y otras entidades internacionales, se han interesado en conocer la interacción entre las condiciones sociales y la discapacidad, desarrollando una serie de estudios para dilucidar los pormenores de la relación entre discapacidad y pobreza (24).

Acerca de estudios sobre discapacidad, se encuentran aquellos como el de Cruz y Hernández (20), quienes dan cuenta de los avances de investigación del proyecto “Magnitud de la Discapacidad en Colombia”, cuyo fin es la formulación de un Índice de Discapacidad Humana, en búsqueda de conocer la dimensión y el impacto de la discapacidad en Colombia, planteando una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, los cuales tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Otro estudio, es el propuesto por Lugo y Seijas quienes asumen que la legislación mundial, iberoamericana y de Colombia, es abundante, sin embargo, a pesar de la limitación en las fuentes de los datos, se observa una situación preocupante de las personas con discapacidad en Colombia y que ha cambiado poco en los últimos años (34); determinan una prevalencia alta en personas con discapacidad, con 2.624.898 en el año 2005.

Sin embargo, no encontraron información válida sobre las consecuencias en salud como morbilidad, mortalidad de estas personas, integración escolar, laboral, participación social y accesibilidad. Adicionalmente, se encontró que más del 70% de las personas con discapacidad contaban con un seguro de salud, sin embargo, solo el 11% accedió algún servicio de rehabilitación; por otro lado, establecen que aún no se evidencia resultados publicados de la efectividad de las intervenciones en salud, seguridad social, educación, trabajo, recreación y deporte, calidad de vida de las personas con discapacidad.

A continuación, se muestra la tabla 2, producto del estudio realizado por Lugo y Seijas que exponen el marco normativo de la discapacidad en Colombia (34).

Tabla 2 Legislación de la Discapacidad en Colombia.

Legislación de la Discapacidad en Colombia		
Disposiciones Constitucionales 1991 Específicas	Artículo 13	Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley.... El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.... El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta...
	Artículo 47	El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.
	Artículo 54	Es obligación del Estado.... garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.
	Artículo 68	Los particulares podrán fundar establecimientos educativos.... La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.
Disposiciones Constitucionales 1991 Relacionadas	Artículo 25	El trabajo como derecho y obligación social, en condiciones dignas y justas.
	Artículo 48 y 49	Sobre la seguridad social, como un servicio público y obligatorio, derecho irrenunciable de todas las personas.
	Artículo 52	Derecho a la recreación y el deporte
	Artículo 67	La educación como derecho de la persona.
	Artículo 70	Acceso de todas las personas a la cultura
Disposiciones Legales Generales	Artículo 366	Sobre el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, las cuales son finalidades sociales del estado.
	Resolución 14861 de 1985	Por la cual se dictan normas para la protección, seguridad y bienestar de las personas y en especial de los minusválidos.
	Ley 60 de 1993	La cual desarrolla el régimen de transferencia de recursos a las entidades territoriales con el fin de que asuman nuevas funciones en especial en las áreas de salud y de educación.
	Decreto 2336 de 1994	Se establecen los criterios para el manejo autónomo del Situado Fiscal. Y dentro de esto el Plan de Cubrimiento Gradual de Atención Educativa para las personas con limitaciones.
	El decreto 2886 del 1994	Se reglamentan procedimientos y formalidades para que las entidades territoriales cumplan con los requisitos para poder asumir la administración de recursos.
	Decreto N° 730 el 3 mayo de 1995	Mediante el cual se conforma el Comité Consultivo Nacional de Discapacidad. Con este, Colombia da un paso fundamental en el abordaje integral del tema. Pero es con la siguiente ley con la cual el estado colombiano legisla en especificidad y de manera integral sobre esta temática.
	Documento CONPES 2761 de 1995	Política de Prevención y Atención a la Discapacidad, Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES)(13)
	Ley N° 361 del 1997	"Establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones". Con el objetivo de que las PCD puedan "alcanzar su completa realización personal y su total integración social", así como también de asuntos de prevención, educación, rehabilitación, bienestar social, etc.
	Ley 368 del 1997 y decreto 2713 de 1999	Mediante la cual se crea y luego se modifica la Red de Solidaridad Social.
	Decreto 276 de 2000	Crea el Comité consultivo Nacional de las personas con limitación. Tres años después es modificado por el Decreto N° 276 de febrero de 2000. Posteriormente, en julio de 2007, es derogado el artículo 685 de la Ley 361 que constituyó el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, dando paso a una nueva estructura nacional, el Consejo Nacional de Discapacidad (CND) que, manteniendo su carácter consultivo, hace parte del Sistema Nacional de Discapacidad (SND) y está vigente en la Actualidad.
	Decreto 524 de 2000	Mediante el cual los hijos y hermanos huérfanos de los afiliados a una caja de compensación que tengan una disminución de sus capacidades físicas superior al 60% tienen derecho al pago de subsidio familiar.
	Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias" lo cual ayuda a determinar responsabilidades en la materia de discapacidad de la nación y de los entes territoriales.
	Documento CONPES 80 del 26 de julio de 2004	Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad.
	Ley 1145 de 2007	"Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones" (SND). El SND es el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad contenidos en la ley 1145.

Legislación en Salud y Seguridad Social	Decreto 2358 de 1981	El cual crea el Sistema Nacional de Rehabilitación
	Ley 100 de 1993	Que crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Con sus sistemas hijos, Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y Sistema General de Riesgos Profesionales. El sistema de salud comprende la cobertura de toda la población en relación con la promoción, prevención, atención y recuperación de la enfermedad. El art. 157 determina que las PCD, sin capacidad de pago, pertenecerán al régimen subsidiado, y en el Art. 163 en el régimen contributivo serán beneficiarios las personas con discapacidad permanente a si sean mayores de edad.
	Resolución 5261 de 1994	Que adopta el Plan Obligatorio de Salud (POS), en el que se incluye la rehabilitación.
	Resolución 3165 de 1996	Adopta lineamientos para la atención en salud de personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías.
	Resolución 3997 de 1996	Mediante la cual se establecen las actividades y procedimientos para las acciones de promoción y Prevención del SGSSS.
	Resolución 4288 de 1996	Que crea el Plan de Atención Básica.
	Decretos 2226 de 1996 y 1152 de 1999	Respecto a la ejecución de planes y programas en el campo de la salud, para: La tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados.
	Resolución 238 de 1999	Mediante la cual quedan incluidos en el SGSSS los servicios relacionados con psiquiatría, medicina física, rehabilitación, terapia ocupacional, física y del lenguaje.
	Acuerdo 72 del 1997	Mediante el cual se definió el plan de beneficios del régimen subsidiado (RS) para la atención de la rehabilitación funcional de las PCD
	Acuerdo 74 de 1997	Se hacen adiciones al plan de beneficios del RS
	Acuerdo 77 de 1997	Establece como personas de afiliación prioritarias a las PCD
	Ley 643 del 2001	Mediante la cual el 4% de los recursos explotados de los juegos de suerte y azar serán destinados para la vinculación al régimen subsidiado de PCD.
	Ley 790 de 2002	Conforma el Ministerio de la Protección Social.
	Decreto 205 de 2003	Define al Ministerio de la Protección Social como el director de Seguridad Social y Protección Social del país. Con el Objetivo primordial de formular, adoptar, direccionar, coordinar, ejecutar, controlar y seguir el Sistema de la Protección Social.
	Acuerdo 04 de 2009	Unifica el POS para los niños de 0 a 12 años
	Acuerdo 011 de 2010	Unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años
Acuerdo 027 de 2011	Unifica el POS para los adultos de 60 y más años	
Acuerdo 032 de 2012	Unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.(14)	
Legislación en Empleo	Ley 82 de 1989	Que ratifica el convenio 159 de la OIT para garantizar la oportunidad de empleo adecuado y la integración o reintegración eficaz al trabajo.
	Ley 443 de 1998 y decretos reglamentarios 1571 y 1572	Se expiden normas sobre la carrera administrativa para garantizar igualdad de oportunidades a las PCD.
	Decreto 970 de 1994	Convenio para la readaptación profesional y el empleo de PCD
	Decreto 692 de 1995	Manual clasificación de la invalidez.
Legislación en Transporte	Decreto 917 de 1999	Manual Único de calificación de la pérdida de capacidad laboral.
	Ley 105 de 1993	Disposiciones básicas sobre el transporte. Incluyendo cuestiones de diseño y subsidios a favor de las PCD
Legislación en Accesibilidad	Ley 12 de 1987	Que suprime algunas barreras arquitectónicas y dicta otras disposiciones.
	Diversas Normas técnicas del ICONTEC	Para garantizar accesos al medio físico de las PCD.
	Manual de Accesibilidad al Espacio Público y al transporte	Elaborado por la Universidad Nacional y el Fondo de prevención Vial.
Legislación en Educación	Ley 115 de 1994 "Ley General de Educación"	La cual en los artículos 46 y 49 prevé la educación para las PCD o capacidades excepcionales.
	Ley 119 de 1994	Que reestructura el SENA. El artículo 3 señala como objetivo el organizar programas de re-captación profesional para personas discapacitadas
	Decreto 2082 de 1996	Reglamentó la atención educativa para las PCD.
	Decreto 1336 de 1997	Establece la estructura interna del Instituto Nacional para Ciegos (INCI).
	Decreto 672 de 1998	Relacionado con la educación de niños sordos y la lengua de señas.

Legislación en Deporte y Recreación	Ley 181 de 1995	Disposiciones generales en el fomento del deporte, recreación y aprovechamiento del tiempo libre. En el artículo 3 se establecen disposiciones especiales para las PCD.
	Ley 582 de 2000	Establece el Sistema Deportivo Nacional de las PCD y crea el Comité Paralímpico Colombiano
Legislación en Comunicaciones e información	Ley 324 de 1996	Que aprueba el lenguaje de señas como oficial de la comunidad sorda y plantea la investigación y la difusión de la misma.
	Ley 335 de 1996	Que aprueba el lenguaje de señas como oficial de la comunidad sorda y plantea la investigación y la difusión de la misma.
	Ley 488 de 1998	Que excluye el impuesto IVA a todos los artículos y aparatos que ayuden a disminuir o compensar una limitación.
	Resolución 001080 del 2002	Fija criterios aplicables a la programación de televisión para la población sorda.
	Circular 013 de 2005	De la Comisión Nacional de Televisión (CNTV). Obliga a las instituciones a que en todas sus campañas incluyan tecnología para el acceso de la población con limitación auditiva.
Legislación en Cultura y otras	Ley 29 de 1990	Es obligación del estado promover y orientar el adelanto científico y tecnológico.
	Decreto 2381 de 1993	Se declara el 3 de diciembre como el día nacional de las PCD.
	Ley 397 de 1997	Disposiciones generales respecto a la cultura. El estado dará especial tratamiento a la PCD
	Ley 546 de 1999	El 1% de las viviendas construidas deben estar disponibles para la PCD. Con las adaptaciones arquitectónicas necesarias.
Legislación respecto a niños y adolescentes	Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia
	Resolución número 1395 de 2012	Por la cual se modifica el Lineamiento Técnico para las Modalidades de Apoyo y Fortalecimiento a la Familia para el restablecimiento de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y Mayores de 18 Años con Discapacidad con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados, Modalidad de atención terapéutica, aprobado mediante Resolución número 6024 de 2010.

Fuente: Lugo y Seijas (2012).

5.4 DISCAPACIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS).

Fiorati, en Brasil, (35) realizó un estudio para analizar la inclusión social familiar y comunitaria, la participación social de personas con deficiencia, así como su inserción en ocupaciones en la vida cotidiana; los resultados evidenciaron que la inclusión social, familiar y comunitaria de los sujetos del estudio, se condiciona a determinantes sociales de la salud, presentando índices de iniquidades sociales, expresados por la dificultad de acceso a servicios de Atención Primaria de la Salud y de rehabilitación, trabajo y renta, educación, cultura, transporte y participación social.

Se resalta la importancia de la articulación de los profesionales de salud que integran la red de servicios de la Atención Primaria de la Salud, en conexión con otros sectores sociales, para desarrollar la coordinación del proceso de formulación de políticas y programas dirigidos a la mejoría del acceso de las personas con deficiencia, en situación de vulnerabilidad social, a los servicios de salud; considerando que a estas personas se les debe garantizar la rehabilitación y oportunidades de renta, trabajo, habitación, transporte, medio ambiente saludable, calidad de vida y equidad social (17).

La discapacidad es vista como un proceso de desarrollo, en relación a su vínculo bidireccional con la pobreza, en tanto la discapacidad puede aumentar el riesgo de pobreza, y viceversa (35). Un creciente conjunto de datos empíricos de todo el mundo indica que es más probable que las personas con discapacidad y sus familias experimenten desventajas económicas y sociales que aquellas que no han experimentado una discapacidad, es decir, esta condición puede generar el empeoramiento del bienestar social y económico y la pobreza a través de una multitud de canales que incluyen la repercusión negativa sobre la educación, el empleo, las ganancias y el aumento de los gastos vinculados a la discapacidad (36).

El estudio del CERMI, sobre la discapacidad y exclusión social en la Unión Europea, ofrece datos sobre la importancia relativa de los principales efectos de la exclusión en las personas con discapacidad; los resultados, permiten identificar un orden de importancia de estos, como son:

- La falta o acceso limitado al entorno social y desempleo (94%),
- Acceso limitado a los servicios (85,4%),
- Estigmatización de las personas discapacitadas (83,3%),
- Inexistencia de formación adecuada (81,2%),
- Deficiencia de servicios especializados (80%),
- Sistemas educativos inadecuados (77,1%),
- Ausencia de políticas económicas para compensar el gasto extra de la discapacidad (75,7%),
- Estructura del sistema de subsidios (75%),
- Vivir en instituciones (60%).

Además, la situación también tiene un gran impacto sobre la familia parental de personas con discapacidad severa, en mayor medida a las madres, debiendo compensar esta falta en detrimento de su trabajo, ingresos y derechos de pensión, pero también de su propia participación en la comunidad y entorno social (37).

A nivel nacional también se encontraron importantes aportes investigativos en cuanto a Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud se refiere, es así como en el 2014 se establece la interacción existente entre los DDS y su relación directa con la discapacidad en la ciudad de Tunja; a partir de ello se encontró la distribución de los Determinantes Sociales de la salud, estructurales e intermedios, a partir del “Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad” (RLCPCD) en el municipio de Tunja; además se estableció que la mayor proporción de personas con discapacidad son mujeres, que el grupo etario de mayor proporción son personas menores de 14 años y mayores de 60 años, caracterizados por no tener educación, residentes, en su mayoría, en el área urbana, y pertenecientes a estratos 1-2 y al régimen subsidiado de seguridad social, sumado a la carencia de trabajo (36).

En la ciudad Santiago de Cali, se estableció la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Discapacidad, encontrándose que el 52% de las personas pertenecía al género femenino, con un promedio de la edad de 48 años, y como predominante, la mestiza. El 28% de las personas registradas no tenía ningún nivel de estudio; un 76% de las personas pertenecen a estratos 1 y 2; y el 100% manifestaron, al menos, una deficiencia y una discapacidad; y el 25% presentan restricción en la participación (38).

La presencia de discapacidad en el género, está ligada a dos características para tener en cuenta: la edad de la persona y la esperanza de vida al nacer de cada país y región. De acuerdo con la información brindada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), la esperanza de vida en Colombia para el quinquenio 2010- 2015 es de 78 años para las mujeres y 72 para los hombres, lo cual está relacionado con los datos de los diversos estudios interpretados anteriormente. El género como determinante social de salud, es fundamental debido a que es una de las principales características que permite identificar la presencia de inequidad social en una población, especialmente en la población con discapacidad (39).

En la ciudad de Barranquilla se reportan porcentajes similares en cuanto a género; el promedio de edad fue de 38 años., en donde la mayoría de las personas no tiene ningún nivel educativo, son de raza mestiza y vive en la cabecera municipal, además de pertenecer

al estrato 1 y 3; adicionalmente, cerca del 19% recibe algún ingreso económico mensual. Se puede afirmar, por tanto, que existe asociación estadísticamente significativa entre el género y la raza como determinante estructural; en cuanto al género y los determinantes intermedios, las asociaciones estadísticas se ven refelejadas en el trabajo que desempeña, el salario mensual y tipo de afiliación; de otra parte, no se evidenció asociación entre el género y los componentes de la discapacidad (40).

En la ciudad de Manizales se encontró que el sexo fue uno de los determinantes estructurales de mayor prevalencia en las personas con discapacidad incluidas en el registro; las deficiencias y limitaciones permanentes son más prevalentes en el género femenino; adicionalmente se comprobó que a medida que se incrementa el ingreso, aumenta la probabilidad de, que tanto hombres como mujeres, presenten un mejor estado de salud; sin embargo, la probabilidad, es aún mayor para los hombres que para las mujeres. Se encontró que si bien el sexo masculino es quien presenta mayor frecuencia de enfermedades profesionales (103 registros) la principal causa a la que se atribuye la deficiencia es la enfermedad general (25.4 %) y no el conflicto armado (0.2 %), siendo este el porcentaje más bajo de todas las causas de las personas registradas en Manizales (24).

En los datos de los registros de Manizales, los dos rangos de edad con mayor porcentaje de personas con deficiencias y limitaciones fueron de 0 hasta los 14 años de edad (21 %), y de los 65 años en adelante (58.7 %); estos datos sugieren que la discapacidad se concentra en el grupo de mayores de la adultez media y la vejez, lo cual podría responder a la transformación poblacional en términos del aumento constante que ha tenido este grupo etario en las últimas décadas (17).

En cuanto a la educación, para el municipio de Manizales, se encontró que un alto porcentaje de las personas con discapacidad registradas, tienen niveles educativos bajos, y otros ni siquiera han accedido a la educación formal; adicionalmente, los resultados arrojaron los adultos que presentan discapacidad, son en su mayoría mayores de 65 años, y por su condición unida al proceso natural de envejecimiento pueden presentar mayores probabilidades de tener problemas de salud (17).

Con respecto a vivir en zona urbana y contar con mejor estado de salud, se encontró que la mayoría de personas con discapacidad vive en la cabecera municipal de la ciudad de Manizales; por otra parte, frente a los determinantes intermedios, particularmente el tipo de afiliación a salud, un alto número de la población en discapacidad, está afiliada al régimen subsidiado (10). La esfera laboral también presenta datos relevantes, en tanto la incapacidad permanente para trabajar sin pensión, reduce la posibilidad de obtener mejores condiciones económicas y de salud, así como también dificulta el ascenso en la estructura social; aunado a ello, cabe resaltar que la principal causa por la cual las personas en discapacidad no recibe rehabilitación, es la falta de dinero (24).

En cuanto a las barreras, prima la arquitectura en calles y vías, por lo cual se hace necesario prestar mayor atención a los espacios públicos y la accesibilidad, en relación al seguimiento que debe darse a la normatividad existente para construcción y urbanismo, en consideración a un diseño universal que permita a todos, por igual, el uso de distintos espacios, pues de lo contrario se constituye en limitante para la participación social (24).

Por otro lado, según encuesta denominada “SABE COLOMBIA”, los determinantes sociales de la salud de tipo estructural, conforman las desigualdades poblacionales en la que las condiciones de vida influyen en el estado de salud, en la participación y en la seguridad de las personas adultas mayores menos favorecidas; específicamente, las desigualdades en niveles de ingreso, educación, ocupación, lugar de residencia, acceso a servicios y las relacionadas con el sexo, la edad y la segregación étnico racial, configuran inequidades en la calidad de vida de los grupos sociales, materializadas en segregación espacial, precarias condiciones laborales, y en bajo acceso a educación de calidad y a servicios sociales y de salud, afectando el bienestar de las poblaciones (41).

Según el informe de la directora de Prosperidad Social, Tatyana Orozco de la Cruz, la reducción promedio de la pobreza fue del 9,4, encontrándose el Magdalena en el 5 lugar con un índice del 44,8% entre las regiones más pobres; esta reducción se genera a partir de la búsqueda de implementar acciones para aplicar recursos en donde más lo necesitan, con el propósito de afectar directamente en la calidad de vida de los habitantes. El Departamento Nacional de Estadística (DANE), establece que “se considera un hogar pobre

si, conformado por cuatro personas, obtiene un ingreso inferior a \$833.616 pesos” y que ese hogar estaría en pobreza extrema, “si, compuesto también por cuatro personas, obtiene ingresos por debajo de \$369.248” (42).

5.5 INSTRUMENTO WHO-DAS 2.0

El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO- DAS 2.0, por sus siglas en inglés) es un instrumento de evaluación genérico desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para brindar un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad entre las culturas; desarrollado a partir de un conjunto integral de dimensiones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (43). La Primera versión constó de 96 ítems; en el proceso de revisión y validación se llegó a un instrumento de 36 ítems, con lo cual se cumplían los requisitos para la adecuada evaluación, en los distintos contextos, de las diversas dimensiones de la discapacidad, incorporadas en la CIF.

“WHO-DAS 2.0” se presenta como un instrumento de evaluación genérico y práctico, que permite medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica; desde la evaluación de seis dominios de la vida (44):

- Dominio 1: Cognición, comprensión y comunicación
- Dominio 2: Movilidad, movilidad y desplazamiento
- Dominio 3: Cuidado personal, cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo
- Dominio 4: Relaciones, interacción con otras personas
- Dominio 5: Actividades cotidianas, responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela.
- Dominio 6: Participación, participación en actividades comunitarias y en la sociedad.

Con esta herramienta es posible guiar las intervenciones terapéuticas y las estrategias de gestión, de tal manera que sea posible predecir el resultado o pronóstico al identificar si la persona puede trabajar y llevar a cabo las actividades cotidianas necesarias para cumplir

con sus roles en el hogar, el trabajo, la escuela o en otras áreas sociales, teniendo en cuenta los contextos.

Existen tres versiones de “WHO-DAS 2.0”, una versión de 36 preguntas, otra de 12 y otra de 12+24; todas ellas indagan acerca de las dificultades del funcionamiento en los seis dominios, evaluados en un periodo de 30 días anteriores a la entrevista:

- **Versión de 36 preguntas**

Esta versión es la más detallada de las tres, por lo cual permite generar puntuaciones para los seis dominios de funcionamiento y calcular una puntuación general. Por cada respuesta positiva, se realiza una pregunta de seguimiento, que tiene como fin indagar acerca del número de días, dentro de los últimos 30, en los que el entrevistado haya experimentado la dificultad específica. Esta versión se encuentra disponible en tres formas diferentes: administrada por un entrevistador, por la propia persona o por un representante. El tiempo promedio de la entrevista para la versión de 36 preguntas administrada por un entrevistador es de 20 minutos.

- **Versión de 12 preguntas**

La versión de 12 preguntas es útil para evaluaciones cortas sobre la evolución de la salud, en situaciones en las cuales los límites de tiempo no permiten la aplicación de la versión más extensa; representa el 81% de la varianza de la versión que contiene 36. Igualmente se encuentra disponible en tres formas diferentes: administrada por un entrevistador, por la propia persona o por un representante. El tiempo promedio de la entrevista para la versión de 12 preguntas administrada por un entrevistador es de 5 minutos.

- **Versión de 12 + 24 preguntas**

Esta versión se presenta como un híbrido entre la versión de 12 preguntas y la versión de 36. Utiliza 12 preguntas para investigar los dominios problemáticos del funcionamiento; a partir de estas, y en caso de obtener respuestas positivas, los entrevistados podrán responder hasta 24 preguntas adicionales. Por lo tanto, este es un test simple y adaptativo que trata de responder 36 preguntas completas, al mismo tiempo que evita respuestas negativas. Esta versión solo puede ser administrada mediante entrevista o examen adaptativo computarizado. Se emplea un tiempo

promedio de 20 minutos.

La escala de evaluación para cada dominio y para el instrumento en general, es una escala ordinal que determina grados de dificultad o discapacidad según el caso. Esta escala valora la discapacidad de acuerdo a los siguientes niveles: ninguna dificultad o sin discapacidad, dificultad o discapacidad leve, moderada, severa o completa; evaluado en personas de seis (6) años o más. Esta herramienta puede ser aplicada a personas con antecedentes culturales y educacionales, y niveles cognoscitivos marcadamente distintos (45).

La versión de 36 ítems es la versión más recomendada por el “WHO- DAS 2.0” ya que provee la más completa evaluación del funcionamiento de la persona; fue validada a partir de la obtención de un Alfa de Cronbach, con valores por encima de 0,94 y un Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI), con puntuaciones en general mayores a 0,93 y el CCI general de 0,98 (46). Dicha herramienta ha sido probada en una variedad de contextos culturales y poblaciones diferentes, encontrando una sensibilidad al cambio, independientemente del perfil socio demográfico del grupo de estudio. Los estudios de validación también dejaron ver que el “WHO- DAS 2.0” se compara favorablemente con otras mediciones de discapacidad o del estado de salud, y con las calificaciones realizadas por los profesionales clínicos y los representantes (47, 48).

5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A continuación, se muestran las variables y categorías tomadas en cuenta para el desarrollo de la operacionalización en la tabla 3.

Tabla 3 Operacionalización de los Determinantes Sociales de la Salud.

VARIABLE	INDICADOR	VALOR FINAL CATEGORÍAS	TIPO DE VARIABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN	TIPO – DE DSS
Sexo	Categoría biológica diferencial entre hombre y mujer basados en el sexo de las personas.	1-Masculino 2- Femenino	Cualitativa Nominal	Encuesta	Estructurales

Edad	Lapso de tiempo en años transcurrido entre el nacimiento y el momento en que se toma la medida del individuo.	Numero absoluto	Cuantitativa de razón	Encuesta	Estructurales
Estado Civil	Estado civil del encuestado	1-soltero 2-casado 3- unión libre 4- viudo 5- Separado	Cualitativa Nominal Politómica	Encuesta	Estructural
Estratificación socioeconómica	Nivel de clasificación del inmueble de la población.	Número absoluto del 0 al 6	Cualitativa ordinal	Encuesta	Estructural
Área	Lugar de residencia del sujeto	1-Urbana 2-rural	Cualitativa nominal	Encuesta	Estructural
Nivel educativo	Mayor nivel académico alcanzado por el encuestado	1-Ninguno 2-Preescolar incompleto 3-Preescolar completo 4-Básica Primaria incompleto 5-Básica Primaria completa 6-Básica Secundaria incompleta 7-Básica Secundaria completa	Cualitativa ordinal	Encuesta	Estructural

		8-Técnico o tecnólogo incompleto 9-Técnico o tecnólogo completo 10- Universitario sin título. 11- Universitario con título 12- Posgrado incompleto 13-Postgrado completo			
Etnia	Pertenencia a grupo étnico minoritario.	1-Negro 2- Raizal 3- Palenquero 4-Gitano 5-Indígena 6-Mestizo u otro diferente	Cualitativa nominal	Encuesta	Estructural
Afiliación a SGSS	un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, a cargo del Estado	1-Contributivo 2- Subsidiado 3-Pobre no afiliado 4-No sabe	Cualitativa nominal Politémica.	Encuesta	Intermedio
Circunstancias materiales del trabajo	Ingreso mensual promedio	Valor absoluto en pesos	Cuantitativa de razón	Encuesta	Intermedio
	Horas trabajadas al mes referidas por el encuestado	Valor absoluto en horas	Cuantitativas de razón continuas	Encuesta	Intermedio
	Tipo de contrato de trabajo referido por el encuestado	1-A termino fijo.	Cualitativa nominal Politémica.	Encuesta	Intermedio

		2-A término indefinido. 3-Sin contrato			
	Condiciones del sitio de trabajo referidas por el encuestado	1-Buena. 2-Regular. 3-Mala	Cualitativa ordinal	Encuesta	Intermedio
Tipo de vivienda	Espacio físico cuya de refugio y descanso	1-Casa 2Apartamento 3-Cuarto 4-Institución pública 5-Institución privada 6-Calle 7- Otro tipo de vivienda	Cualitativa ordinal	Encuesta	Intermedio
	Clase de posesión de la familia en cuanto al inmueble que están habitando en el momento de la encuesta	1-arriendo 2-pagando propia 3-propia pagada 4-otra condición	Cualitativa ordinal	Encuesta	Intermedios.
Número de personas en el hogar	Total, de personas que comparte la misma vivienda.	Número absoluto	Cuantitativa de razón	Encuesta	Intermedios
Utilización de órtesis y/o prótesis	Tipo de órtesis y/o prótesis utilizadas referidas por el encuestado	Valor absoluto expresado en palabras.	Cualitativa nominal	Encuesta	Intermedio
Servicios de Rehabilitación	Recuperación de la discapacidad	1-Si 2-No	Cualitativa nominal dicotómica	Encuesta	Intermedios

	Factores de recuperación	1-Los servicios de salud y servicios recibidos 2-Apoyo familiar 3-Empeño por salir adelante 4-A Dios 5-Medicina alternativa 6- Otro	Cualitativa nominal Politómica	Encuesta	Intermedios
	Tipo de rehabilitación Ordenada	1-Medicina física y de Rh 2-Psiquiatría 3-Fisioterapia 4-Fonoaudiología 5-Terapia ocupacional 6-Optometría 7-Psicología 8-Trabajo social 9-Medicamentos permanentes 10-Otro tipo de Rh 11-Ninguno	Cualitativa nominal Politómica	Encuesta	Intermedios

	Asistencia actual al Rh referido por el encuestado	1-Si 2-No	Cualitativa nominal dicotómica	Encuesta	Intermedios
	Quien paga la Rehabilitación	-SGSS -Familia -Personalmente -ONG -Empleador -Otro	Cualitativa nominal Politómica	Encuesta	Intermedios
	Porque no Recibe rehabilitación	1-Ya termino la rehabilitación. 2-Cree que ya no lo necesita. 3-No le gusta. 4-Falta de dinero. 5-Lejanía del centro de atención. 6-No hay quien lo lleve. 7-No sabe. 8- Sin dato.	Cualitativa nominal Politómica	Encuesta	Intermedios
	Años sin rehabilitación referidos por el encuestado	Valor absoluto en años	Cuantitativa de razón	Encuesta	Intermedios

Operacionalización de variables de discapacidad según instrumento WHO-DAS 2.0

VARIABLE	SUBVARIABLE	DEFINICION	VALOR	INDICE
----------	-------------	------------	-------	--------

Cognición	D1.1	Dificultad para concentrarse en hacer algo durante diez minutos	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D1.2	Dificultad para recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D1.3	Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo.	5
D1.4	Dificultad para aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D1.5	Dificultad para entender en general lo que dice la gente	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	

			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D1.6	Dificultad para comenzar y mantener una conversación	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
Movilidad	D2.1	Dificultad para estar de pie por largos períodos como por ejemplo 30 minutos	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D2.2	Dificultad para pararse luego de estar sentado	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D2.3	Dificultad para moverse adentro de su hogar	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D2.4	Dificultad para salir de su hogar	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2

			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D2.5	Dificultad para caminar una larga distancia como un kilómetro [o equivalente]	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
Cuidado Personal	D3.1	Dificultad para Lavarse todo su cuerpo (bañarse)	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D3.2	Dificultad para vestirse	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D3.3	Dificultad para comer	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5

	D3.4	Dificultad para quedarse solo durante algunos días	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Relaciones	D4.1	Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.2	Dificultad para mantener una amistad	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.3	Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4-4	Dificultad para hacer nuevos amigos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada	1 2 3

			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D4.5	Dificultad para realizar actividades sexuales	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
Actividades De La Vida Diaria	D5.1	Dificultad para Ocuparse de sus responsabilidades domésticas	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D5.2	Dificultad para realizar bien sus tareas domésticas más importantes	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.3	Dificultad para terminar todo el trabajo doméstico que necesitaba realizar	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	

	D5-4	Dificultad para terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D5.5	Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias	Ninguna dificultad	1
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.6	Dificultad para realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.7	Dificultad para terminar todo el trabajo que necesita realizar	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.8	Dificultad para terminar su trabajo tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	

			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
Participación	D6.1	Dificultad para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D6.2	Dificultad debida a barreras u obstáculos en el mundo que lo rodea.	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D6.3	Dificultad para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas.	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D6.4	Tiempo dedicado usted a su condición de salud, o a sus consecuencias.	Ninguno	1
Leve			2	
Moderado			3	
Severo			4	
Extremo			5	

D6.5	Grado en que su estado de salud lo ha afectado emocionalmente	Ninguno	1
		Leve	2
		Moderado	3
		Severo	4
D6.6	Impacto económico que su estado de salud ha tenido para usted o para su familia	Ninguno	1
		Leve	2
		Moderado	3
		Severo	4
		Extremo	5
D6.7	Dificultad que para su familia ha tenido su estado de salud	Ninguna dificultad	1
		Dificultad leve	2
		Dificultad moderada	3
		Dificultad severa	4
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
D6.8	Dificultad para realizar por sí mismo (a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar	Ninguna dificultad	1
		Dificultad leve	2
		Dificultad moderada	3
		Dificultad severa	4
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5

Tabla 4 Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHODAS 2.0.

Variable	Valor	Indicador	Índice
----------	-------	-----------	--------

global de discapacidad por dominios y total	Ninguna	0 – 4 %	Porcentaje de discapacidad: equivalente en porcentaje de la calificación parcial (por dominios) o total obtenida en la aplicación del WHO-DAS 2.0 36 ítems
	Leve	5 – 24 %	
	Moderada	25 – 49 %	
	Severa	50 – 94 %	
	Extrema	95 – 100 %	

Es importante mencionar que el grado de discapacidad corresponde a la propuesta de la CIF y que el protocolo para la obtención de la puntuación global resulta de la suma de los ponderados por dominios acorde con la sintaxis propuesta por la OMS (40) permitiendo del mismo modo la conversión a la escala de 0 a 100 puntos (Anexo 4).

6 MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación cuantitativa, descriptiva con una fase correlacional. En el estudio descriptivo se tomaron datos para caracterizar una o más variables, de manera que la acumulación de conocimientos sobre la misma permita acercarse al fenómeno estudiado. Estas variables son descritas, con el propósito de relacionarlas o compararlas y establecer diferencias y similitudes entre dichas muestras con base a una medición numérica y análisis estadísticos; para así saber de qué manera se comporta la variable de un grupo u otro (49).

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Área de estudio: El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Ciénaga Magdalena.

Población: Total de personas con discapacidad identificadas en el registro de caracterización y localización de personas con discapacidad de cada ciudad mayores de 18 años que cumplan con los criterios de inclusión.

Muestra: Fue calculada para cada ciudad utilizando la siguiente fórmula, para estimar una correlación:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

Estimadores	Valores	Valores
Nivel de confianza (Z Alfa). 95%	1,96	1,96
Poder Estadístico (Z Beta): 80%	0,842	0,842
Correlación lineal esperada (r)	0,30	0,20
Tamaño de la muestra (n)	85	194
Porcentaje de pérdida (L)	0,10	0,10
Muestra ajustada a la perdida (n')	94	216

6.3 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

La selección de los participantes se realizó en instituciones de salud, centros de rehabilitación, referidos, bola de nieve o domicilios de los participantes.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Los criterios considerados fueron los siguientes:

- Personas con Discapacidad Igual o Mayores de 18 años.
- Persona sin limitación permanente para la realización de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento que pueda responder los dos cuestionarios.
- Tiempo mayor de 6 meses con limitación permanente de las actividades
- Participación voluntaria
- Diligenciamiento del consentimiento informado por ellos o su Representante legal o cuidador (Anexo1)

6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- Encuesta para obtener información sobre los DSS (Anexo 2)
- Aplicación del WHO DAS 2.0 para evaluar el grado de discapacidad según los diferentes dominios, se aplicará el WHO-DAS 2.0 36 ítems el cual es conceptualmente compatible con el modelo de la CIF (anexo 2 – Instrumento de recolección de información).

6.6 PROCEDIMIENTO

Las acciones seguidas se describen así:

- Contacto con Secretarías de Salud Municipal o de Desarrollo Social, y entidades que trabajan con discapacidad y para obtener datos de la población con Discapacidad.
- Consolidación de las pruebas de los instrumentos de recolección de información.
- Prueba piloto para la calibración de evaluadores e instrumentos.
- Ajustes al instrumento de recolección de información de acuerdo a la prueba piloto.
- Reclutamiento de los participantes del estudio, según la muestra calculada.
- Aceptación y firma del consentimiento informado.

- Realización de la encuesta presencial a la muestra para evaluar los DSS
- Aplicación del WHO DAS 2.0 por parte de los investigadores
- Sistematización, tabulación y análisis de información.
- Análisis y discusión de resultados.

6.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 24 (licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales). Se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad o dispersión para variables cuantitativas incluidas en el estudio y que permitieron el análisis descriptivo univariado. El análisis bivariado se desarrolló a partir de las posibles relaciones entre las variables de estudio. Para determinar la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes se aplicaron pruebas paramétricas establecidas a partir de las características propias de las variables categóricas ordinales y nominales.

Se realizó la prueba de normalidad encontrándose que ninguna variable resultó ser paramétrica por tanto se realizaron correlaciones con las variables cuantitativas usando el coeficiente de spearman, y por ultimo con las variables cualitativas se realizaron las asociaciones a partir de tablas de contingencia usando la prueba no paramétrica de chi cuadrado y los coeficientes utilizados apropiados acorde al tipo de la variable.

Se consideró la significancia estadística cuando el p Valor fue $\leq 0,05$. Además, se tuvo en cuenta lo establecido por Mukaka (50) donde se tuvo presente que un coeficiente de correlación de 0,2 se considera una correlación insignificante.

Para el analisis multivariado se procedió inicialmente a construir un modelo de regresión lineal y para ello se tuvieron presente que los pronósticos de los modelos lineales son válidos siempre y cuando se cumplan supuestos como normalidad en residuales o errores, homocedasticidad, ausencia de colinealidad entre las variables independientes, supuestos que teóricamente NO se detectaron en el primer intento de modelamiento lineal), dado que no se cumplía con estos supuestos se optó por recodificar la variable en escala ordinal (según el criterio del Who Das 2.0) en donde el modelo encontrado cumplía con los

supuestos para la validación. A partir de los elementos planteados anteriormente se optó por el modelo ordinal, el cual determinó o dio a conocer cuál es la probabilidad de que ocurra el hecho en cuestión, como función de ciertas variables que se presumen relevantes o influyentes.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación cumple con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, no se realizaron procedimientos que atentaran contra la integridad física y moral de las personas, se empleó una encuesta donde se realizó la caracterización de la discapacidad y se indagó por determinantes sociales e intermedios de la salud. De acuerdo a la resolución 008430 artículo 11,(51), el presente estudio se considera como “investigación con riesgo mínimo” debido a que el estudio se basa en el análisis de características y esto no afecta el comportamiento de los participantes y no se incurren en mediciones éticamente reprochables., La información recogida se uso solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

Para la realización de esta investigación, se efectuó el diligenciamiento del consentimiento informado por parte de los participantes, o de su representante legal, mediante el cual se brindo toda la información acerca de los riesgos y los beneficios del estudio. Los participantes tendrán plena autonomía para aceptar o rechazar la participación en el estudio, esto no perjudica ninguna de las actividades y no se recogio ningún dato sin la firma del presente documento. El proyecto fue presentado ante el comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales.

7 RESULTADOS

En este capítulo se esbozan los hallazgos de la investigación a través de la aplicación de diversas pruebas estadísticas que permitieron estudiar las relaciones entre los determinantes de salud y la discapacidad, todo ello con base en los objetivos específicos planteados.

Primeramente se presentará un análisis univariado de los determinantes estructurales e intermedios de la salud y los dominios, en función del objetivo específico 1 y 2, en segundo lugar, se expondrán los resultados bivariados del estudio, en donde se realizan distintas pruebas y así poder establecer la relaciones planteadas en el objetivo específico 3, por ultimo se establecio un modelo predictivo a partir de los determinantes sociales de la salud para darle cumplimiento al objetivo 4.

7.1 ANÁLISIS UNIVARIADO.

Caracterización de los determinantes sociales de la salud estructurales – características sociodemográficas.

Tabla 5 Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHODAS 2.0.

Variable	Índice	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	121	56
	Masculino	95	44
	Total	216	100
Edad	Menor de 45 años	78	36,1
	Entre 46 y 65 años	73	33,8
	Mayor de 65 años	65	30,1
	Total	216	100
Estado Civil	Nunca se ha casado	65	30,1
	Actualmente está casado	44	20,4
	Separado	22	10,2
	Divorciado	9	4,2
	Viudo	33	15,3
	Viviendo en pareja	43	19,9

Variable	Índice	Frecuencia	Porcentaje
	Total	216	100
Etnia	Negro	1	0,5
	Indígena	1	0,5
	Mestizo	214	99,1
	Total	216	100
Estrato Social	1	108	50,0
	2	69	31,9
	3	39	18,1
	Total	216	100
Área	Urbana	183	84,7
	Rural	33	15,3
	Total	216	100
Nivel Educativo	Ninguno	37	17,1
	Preescolar incompleto	9	4,2
	Preescolar completo	5	2,3
	Básica Primaria incompleto	27	12,5
	Básica Primaria completa	31	14,4
	Básica Secundaria incompleto	32	14,8
	Básica Secundaria completo	49	22,7
	Técnico o tecnológico incompleto	3	1,4
	Técnico o tecnológico completo	10	4,6
	Universitario sin título	1	0,5
	Universitario con título	12	5,6
	Total	216	100

Según los resultados de la tabla 5, al caracterizar los determinantes sociales de la salud estructurales se evidencia como el mayor porcentaje de la población participante son mujeres, el mayor porcentaje de edad se ubica por debajo de 65 años, nunca se han casado, mestizos, de estrato social 1, con procedencia urbana y en un nivel educativo de secundaria.

Tabla 6 Caracterización de los determinantes sociales de la salud intermedios.

Variable	Índice	Frecuencia	Porcentaje
¿Está afiliado a Seguridad Social?	No	11	5,1
	Si	205	94,9
Tipo de afiliación	Contributivo	66	30,6
	Subsidiado	139	64,4
	Pobre no afiliado	2	,9
	Régimen especial	9	4,2
Ingreso Mensual	Sin ingresos	136	63
	Hasta 1 salario mínimo	56	25,9
	Hasta 2 salarios mínimos	18	8,3
	Mas de 2 salarios mínimos	6	2,8
Recibe pensión por discapacidad	Si	6	2,8
	No	210	97,2
Horas Trabajadas al mes	Menos de 80 horas mes	176	81,5
	Entre 81 y 160 horas mes	24	11,1
	Más de 160 horas mes	16	7,4
Cuanto lleva ¿Trabajando?	O meses	158	73,1
	Entre 1 y 12 meses	13	6,0
	Entre 13 y 60 meses	19	8,8
	Entre 61 y 120 meses	6	2,8
	Más de 120 meses	20	9,3
¿Qué tipo de contrato de trabajo tiene?	A término fijo	5	2,3
	A término Indefinido	4	1,9
	Sin contrato	34	15,7
	Prestación de servicios	7	3,2
	Independiente	7	3,2
	Ama de casa	1	0,5
	No Aplica	158	73,1
Condiciones de seguridad en el trabajo	Buenas	29	13,4

Variable	Índice	Frecuencia	Porcentaje
	Regulares	28	13,0
	Malas	1	0,5
	No aplica	158	73,1
Niveles de ruido en el lugar de trabaja	Alto	9	4,2
	Muy alto	9	4,2
	Medio	24	11,1
	Bajo	16	7,4
	No aplica	158	73,1
Está expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor)	No	185	85,6
	Si	31	14,4
En que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo	Caminando	22	10,2
	Vehículo particular	8	3,7
	Trasporte público	4	1,9
	Bicicleta	8	3,70
	Casa	4	1,85
	Embarcaciones	2	,9
	Moto	2	,9
	Motocarro	2	,9
	Mototaxi	3	1,4
	Silla de ruedas	3	1,4
	No aplica	158	73,15
Qué actividad realizaba antes de la discapacidad	Sin actividad	44	20,4
	Trabajando	108	50,0
	Buscando trabajo	11	5,1
	Estudiando	17	7,9
	Oficios del hogar	34	15,7
	Obrero	1	0,5
	Soldado	1	0,5
En este momento usted habita en	Casa	169	78,2

Variable	Índice	Frecuencia	Porcentaje
	Apartamento	28	13,0
	Cuarto	14	6,5
	Institución Pública	4	1,9
	Finca	1	0,5
El inmueble que está habitado en este momento es	Arrendada	60	27,8
	Pagando propia	25	11,6
	Propia pagada	109	50,5
	Cuidando	1	0,5
	Familiar	16	7,4
	Institución Publica	4	1,9
	Prestada	1	0,5
Número de personas con quien comparte la vivienda	Menos de 3 personas	86	39,8
	Entre 4 y 6 personas	93	43,1
	Más de 6 personas	37	17,1
Con quién vive actualmente:	Solo	8	3,7 (96,3%)
	Pareja	74	34,3
	Papá	13	6
	Mamá	18	8,3 (91,7%)
	Familiares	182	84,3
	Amigos	3	1,4
	Cuidadores	3	1,4
	Empleada	1	0,5 (99,5%)
	Hijos	10	4,6
	Nietos	1	0,5
Utiliza órtesis y/o Prótesis	No	82	38
	Si	134	62
Cuáles órtesis y/o prótesis	Ninguna	82	38
	Audífonos	1	0,5
	Bastón	41	19
	Caminador	20	9,3

Variable	Índice	Frecuencia	Porcentaje
	Muletas	26	12
	Ocular	2	0,9
	Prótesis de rodilla	2	0,9
	Silla de rueda	42	19,5
Recibe Servicios de Rehabilitación	No	132	61,1
	Si	84	38,9
¿A qué factores atribuye su recuperación?(*)	Los servicios de salud y servicios comunitarios	66	30,6
	Apoyo familiar	169	78,2
	Empeño por salir adelante	86	39,8
	A Dios	185	85,6
	Medicina Alternativa	6	2,8
Tipo de rehabilitación ordenada: (*)	Medicina física y de Rh	25	29,8
	Psiquiatría	3	3,6
	Fisioterapia	81	96,4
	Fonoaudiología	39	46,4
	Terapia ocupacional	38	45,2
	Optometría	4	4,8
	Psicología	22	26,2
	Trabajo Social	3	3,6
	Medicamentos permanentes	31	36,9
Quien paga la rehabilitación:	SGSS	75	89,3
	Familia	4	4,8
	Personalmente	5	6
Por qué no recibe rehabilitación	Ya terminó la rehabilitación	25	11,6
	Cree que no la necesita	12	5,6
	No le gusta	11	5,1
	Falta de dinero	24	11,1
	Lejanía del centro de atención	13	6,0
	No hay quien lo lleve	2	0,9
	No sabe	38	17,6
	Sin dato	7	3,2

Variable	Índice	Frecuencia	Porcentaje
	Sistema (Aun recibe rh)	84	38,9
Cuántos años lleva sin rehabilitación	En rehabilitación	84	38,9
	Entre 1 y 10 años sin rh	74	34,3
	Entre 11 y 60 años sin rh	58	26,9

(*) Porcentaje de casos (personas) con base en respuestas múltiples.

La tabla anterior, muestra como el mayor porcentaje de las personas participantes del estudio poseen afiliación a seguridad social, perteneciendo al régimen subsidiado. Además, se observa como en su mayoría no reciben ningún tipo de ingresos o gana menos de 1 salario mínimo, tampoco reciben pensión por Discapacidad.

En mayor porcentaje no tienen trabajo, de quienes si lo hacen; las horas trabajadas al mes son menos de 80, laboran hace más de 120 meses y no tienen contrato. La gran mayoría, refieren entre buenas y regulares condiciones de trabajo, con un nivel medio de ruido y no están expuestos a altas temperaturas como lluvia y calor. De las personas que trabajan, en su mayoría se desplaza hacia su trabajo caminado o emplean un medio de transporte a motor para llegar a él. Antes de la discapacidad la mitad de las personas encuestadas realizaba actividades de trabajo, otras se encontraban sin actividad o en oficios del hogar.

Es relevante para la investigación analizar las condiciones de la vivienda y la condición de vida en estos términos, con el fin de identificar aspectos clave que permitieran definir la estabilidad y características del hogar. De acuerdo con la caracterización realizada la mayoría de los participantes habitan en una casa y apartamento, su casa es propia seguidos en porcentaje los que viven en arriendo o pagando su propia vivienda. El número de habitantes de la casa con mayor porcentaje se encuentra entre 4 y 6 personas o menos de 3; de los cuales la mayoría son familiares o pareja.

La población participante manifiesta usar algún tipo de órtesis y/o prótesis, siendo la silla de ruedas la ortesis más utilizada, seguidas del bastón. En cuanto a los servicios de

rehabilitación la mayoría no recibe. Según lo encontrado en el estudio los diferentes factores a los que atribuyen su recuperación son: Dios, el índice con mayor porcentaje, seguido del apoyo familiar. En cuanto a los servicios de salud recibidos se evidencian con mayor porcentaje fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional. Los pagos de la rehabilitación son por cuenta del SGSS, pero por distintos motivos ya no la reciben en su gran mayoría.

Tabla 7 Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por dominios del WHO DAS 2.0

Dominios	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Comprensión y comunicación (dominio 1)	216	,00	55	17,10	14,98318
Capacidad para moverse a su alrededor (dominio 2)	216	,00	100	34,28	25,93442
Cuidado Personal (dominio 3)	216	,00	100	20,83	24,00097
Relacionarse con otras personas (dominio 4)	216	,00	100	21,02	20,42732
Actividades de la vida diaria (dominio 5.1)	216	,00	100	33,14	26,52417
Actividades de la vida diaria- Trabajo y actividades escolares remunerado (dominio 5.2)	53	,00	50	13,34	15,34773
Participación en sociedad (dominio 6)	216	,00	100	28,95	19,29482
Puntuación final de discapacidad -WHODAS 2,0	216	2,17	79,35	25,84	16,19008

La tabla 7 muestra que en las 216 personas del estudio la media de discapacidad final encontrada fue de 25,8 puntos. En cuanto a los dominios del WHO DAS 2.0, se pone de manifiesto que el dominio 2 presenta una media mayor con relación a los otros dominios, es decir que las personas, en el estudio presentan dificultad para moverse a su alrededor con un 34,2 puntos, seguida con dificultades para realizar actividades diarias con un 33,1 puntos, así como la participación en sociedad con un 28,9 puntos.

Tabla 8 Estadísticos descriptivos de las preguntas del WHO DAS 2.0

Preguntas	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para ¿Concentrarse en hacer algo durante diez minutos? D1.1	0,00	2,00	0,73	0,676
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer? D1.2	0,00	2,00	0,67	0,693
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria? D1.3	0,00	2,00	0,55	0,607
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: Aprender una nueva tarea, ¿como por ejemplo llegar a un lugar nuevo? D1.4	0,00	3,00	0,67	0,744
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Entender en general lo que dice la gente? D1.5	0,00	1,00	0,41	0,493
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Iniciar o mantener una conversación? D1.6	0,00	1,00	0,37	0,484
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: Estar de pie durante largos periodos de tiempo, ¿como por ejemplo 30 minutos? D2.1	0,00	4,00	1,38	1,050
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)? D2.2	0,00	2,00	0,79	0,643

Preguntas	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Moverse dentro de su casa? D2.3	0,00	2,00	0,63	0,653
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Salir de su casa? D2.4	0,00	4,00	1,01	1,175
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]? D2.5	0,00	4,00	1,65	1,190
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)? D3.1	0,00	2,00	0,53	0,609
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Vestirse? D3.2	0,00	4,00	0,66	0,899
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Comer? D3.3	0,00	2,00	0,30	0,551
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Estar solo(a) durante unos días? D3.4	0,00	2,00	0,58	0,748
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Relacionarse con personas que no conoce? D4.1	0,00	2,00	0,56	0,541
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Mantener una amistad? D4.2	0,00	2,00	0,39	0,535
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Llevarse bien con personas cercanas a usted? D4.3	0,00	2,00	0,33	0,511
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Hacer nuevos amigos? D4.4	0,00	4,00	0,53	0,707
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Tener relaciones sexuales? D4.5	0,00	2,00	0,68	0,803
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: Cumplir con sus quehaceres de la casa D5.1	0,00	2,00	0,78	0,587
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes? D5.2	0,00	2,00	0,74	0,621
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer? D5.3	0,00	4,00	1,00	1,056
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para: ¿Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario? D5.4	0,00	2,00	0,78	0,61293
En los últimos 30 días: Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para	0,00	1,00	0,39	0,49379

Preguntas	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares? D5.5				
En los últimos 30 días: Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela? D5.6	0,00	2,00	0,50	0,66860
En los últimos 30 días: Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer? D5.7	0,00	2,00	0,43	0,604
En los últimos 30 días: Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para Acabar su trabajo tan rápido como era necesario? D5.8	0,00	2,00	0,52	0,638
En los últimos 30 días: Cuánta dificultad ha tenido la para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras) D6.1	0,00	2,00	0,77	0,516
En los últimos 30 días: ¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)? D6.2	0,00	4,00	1,57	1,00
En los últimos 30 días: ¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas? D6.3	0,00	2,00	0,62	0,555
En los últimos 30 días: Cuánto tiempo ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma? D6.4	0,00	4,00	0,84	0,840
En los últimos 30 días: ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su “condición de salud”? D6.5	0,00	4,00	0,88	0,913
En los últimos 30 días: ¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su “condición de salud”? D6.6	0,00	2,00	0,75	0,560
En los últimos 30 días: ¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud? D6.7	0,00	4,00	0,92	0,893
En los últimos 30 días: ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar? D6.8	0,00	2,00	0,55	0,592

Con relación a la tabla anterior donde se describen los ítems del instrumento utilizado, se encontró que las actividades con promedios mas altos, es decir aquellas que mas dificultad representan para los participantes fueron las barreras u obstáculos existentes en su entorno con $1,57 \pm 1,00$ puntos, Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer con $1 \pm 1,05$.

Tabla 9 Caracterización grado de discapacidad por dominios del WHO DAS 2.0

Dominio	Grado	Frecuencia	Porcentaje
Comprensión y comunicación	Ninguna	52	24,1
	Leve	95	44,0
	Moderada	68	31,5
	Severa	1	,5
	Total	216	100
Movilidad	Ninguna	20	9,3
	Leve	81	37,5
	Moderada	67	31
	Severa	44	20,4
	Extrema	4	1,9
	Total	216	100
Cuidado personal	Ninguna	65	30,1
	Leve	82	38
	Moderada	51	23,6
	Severa	16	7,4
	Extrema	2	,9
	Total	216	100
Relacionarse con otras personas	Ninguna	56	25,9
	Leve	93	43,1
	Moderada	57	26,4
	Severa	9	4,2
	Extrema	1	,5
	Total	216	100
Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado	Ninguna	50	23,1
	Leve	37	17,1
	Moderada	106	49,1
	Severa	15	6,9
	Extrema	8	3,7
	Total	216	100
Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado.	Ninguna	25	11,6
	Leve	11	5,1
	Moderada	17	7,9
	Extrema	163	75,5
	Total	216	100
Participación en sociedad	Ninguna	8	3,7
	Leve	89	41,2
	Moderada	105	48,6
	Severa	12	5,6
	Extrema	2	,9
	Total	216	100

La tabla 9 muestra información acerca del grado de discapacidad de los participantes del estudio por dominios así: en el dominio número 1, se presenta el mayor porcentaje de casos un grado de discapacidad leve; en el dominio 2, el mayor porcentaje se ubica en leve seguido de moderado; el dominio 3, presenta con mayor porcentaje una discapacidad leve, seguido de ninguna discapacidad; el dominio 4, el mayor porcentaje es leve; el dominio 5 respecto al trabajo no remunerado, el mayor porcentaje presenta discapacidad moderada. Sin embargo, vale la pena resaltar que, en el mismo dominio, las actividades de la vida diaria encaminadas a un trabajo o una actividad remunerada, el mayor porcentaje de la

población presenta una discapacidad extrema para realizarlas, en cuanto al dominio 6, se evidencia un mayor porcentaje en discapacidad moderada.

Tabla 10 Caracterización del grado de Discapacidad Final WHO DAS 2.0

Grado de Discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	7	3,2
Leve	118	54,6
Moderada	74	34,3
Severa	17	7,9
Total	216	100

Según la tabla 10, en cuanto a la discapacidad final a partir de los 6 dominios se encontró que en mayor porcentaje se encuentra en grado leve de Discapacidad seguidos del grado moderado.

7.2 ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla 11 Prueba de normalidad para Discapacidad.

Dimensiones	Kolmogórov-Smirnov	Sig. asintótica (bilateral)
Do1 (comprensión y comunicación)	0,164	,000
Do2 (capacidad de moverse en su entorno)	0,162	,000
Do3 (Cuidado personal)	0,248	,000
Do4 (Relaciones con otras personas)	0,214	,000
Do51 (Actividades de la vida diaria)	0,156	,000
Do52 (Trabajo y actividades escolares)	0,279	,000
Do6 (Participación en sociedad)	0,107	,000
st_s32 (Discapacidad final -WHODAS 2.0)	0,128	,000
Edad	0,068	,001
Ingreso Mensual Promedio	0,330	,000
Horas Trabajadas al mes	0,443	,000
Tiempo Trabajando	0,389	,000
Numero de Personas Con Quien Comparte La Vivienda	0,218	,000
Años Sin Rehabilitación.	0,228	,000

La tabla 11, muestra como al realizar la prueba (Kolmogorov-Smirnov) para determinar la normalidad de los valores de la discapacidad por dominios y final evaluada y demás variables cuantitativas con el WHO DAS 2.0; se presenta una distribución no normal ($p < 0,05$) tanto en los dominios como en discapacidad final, edad, ingreso mensual, horas y tiempo trabajado, numero de personas con quien vive y los años sin rehabilitación que llevan las personas participantes del estudio.

Para cumplir con el objetivo específico 3 se analizó la magnitud de la relación entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y la discapacidad por dominios y final, teniendo en cuenta el nivel de medición de las distintas variables; para ello en todas las variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de SPEARMAN, debido a que su comportamiento fue no paramétrico.

Acorde a lo establecido por Mukaka (50) se tendrá presente que un coeficiente de correlación de 0,2 se considera una correlación insignificante, mientras que un coeficiente de correlación de 0,3 se considera una correlación positiva baja. Luego se pretende complementar los análisis anteriores en cuanto a la determinación de asociaciones significativas entre los determinantes y el grado de discapacidad con base en la aplicación de la prueba Chi Cuadrado para variables cualitativas.

Tabla 12 Correlación entre variables cuantitativas y la discapacidad por dominios y final

Variable sociodemográfica		Comprensión y comunicación.	Capacidad para moverse en su entorno	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria- Trabajo remunerado	Participación en sociedad	Discapacidad final
Edad	Spearman	0,258	0,243	0,249	0,306**	0,200	0,020	0,063	0,257
	P valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,887	0,359	0,000
	N	216	216	216	216	216	53	216	216
Ingreso Mensual	Spearman	-0,309**	-0,124	-0,293	-0,375**	-0,274	-0,245	-0,236	-0,306**
	P valor	0,000	0,069	0,000	0,000	0,000	0,076	0,000	0,000
	N	216	216	216	216	216	53	216	216
Horas trabajadas al mes	Spearman	-0,339**	-0,194	-0,314**	-0,382**	-0,274	-0,054	-0,153	-0,313**
	P valor	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000	0,698	0,024	0,000
	N	216	216	216	216	216	53	216	216
Tiempo trabajado	Spearman	-0,334**	-0,217	-0,314**	-0,376**	-0,262	0,019	0,148	-0,314**
	P valor	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,894	0,030	0,000
	N	216	216	216	216	216	53	216	216
	Spearman	-0,115	-0,216	-0,075	-0,032	-0,116	0,017	0,064	-0,089

Variable sociodemográfica		Comprensión y comunicación.	Capacidad para moverse en su entorno	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria- Trabajo remunerado	Participación en sociedad	Discapacidad final
Numero de personas con quien vive	P valor	0,092	0,001	0,270	0,639	0,088	0,902	0,348	0,192
	N	216	216	216	216	216	53	216	216
Años sin Rh	Spearman	0,185	0,001	0,015	0,068	-	-	-	0,026
	P valor	0,006	0,989	0,829	0,321	0,930	0,585	0,421	0,703
	N	216	216	216	216	216	53	216	216

(**) variables estadísticamente significativas

La tabla 12, muestra que al correlacionar la discapacidad por dominios y final se encontró en cuanto a la edad una correlación significativa y directa con el relacionarse con otras personas, aunque esta correlación es débil. Así mismo el ingreso mensual se correlaciona significativamente pero inversa, es decir a menos ingreso más comprensión y comunicación, mas relación con otras personas y mas discapacidad, similar sucede para las horas trabajadas al mes y el el tiempo trabajado.

Tabla 13 Resumen. Asociación entre determinantes sociales de la salud estructurales con grado de discapacidad.

	Chi Cuadrado	P Valor
Sexo	1,567	0,667
Edad	24,035	0,001**
Estado Civil	23,412	0,076
Estrato Social	15,448	0,017**
Área	13,448	0,004**
Nivel Educativo	44,709	0,041**
Etnia	1,677	0,947

(**) variables estadísticamente significativas

En la tabla 13, se puede observar que los determinantes sociales estructurales que se asocian estadísticamente con el grado de discapacidad son la edad, el estrato, el área de procedencia y el nivel educativo. En los anexos se muestran las diferentes asociaciones entre estas variables.

Tabla 14 Resumen. Asociación entre determinantes sociales de la salud intermedios con grado de discapacidad

Determinante	Chi Cuadrado	P Valor
Esta afiliado a seguridad social	2,859	0,414
Tipo de afiliación	9,184	0,420
Ingreso	25,887	0,002**
Recibe pensión por discapacidad	1,765	0,622
Horas mensuales recodificada	13,235	0,039
Tiempo trabajo recodificado	39,799	0,00**
Qué tipo de contrato de trabajo tiene	20,127	0,017**
Condiciones de seguridad en el trabajo	25,587	0,002**
Niveles de ruido en el lugar de trabajo	25,442	0,013**
Está expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor)	18,517	0,00**
En que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo	33,102	0,001**
Qué actividad realizaba antes de la discapacidad	25,113	0,048**
En este momento habita en	16,144	0,185
El inmueble habitado es	14,432	0,108
Numero de personas con quien vive recodificado	10,850	0,093
Con quién vive actualmente: Solo	1,043	0,791
Con quién vive actualmente: Pareja	2,331	0,507
Con quién vive actualmente: Papá	2,688	0,442
Con quién vive actualmente: Mamá	0,831	0,842
Con quién vive actualmente: Familiares	1,378	0,711
Con quién vive actualmente: Amigos	5,838	0,120
Utiliza ortesis y/o Prótesis	13,984	0,003**
Recibe Servicios de Rehabilitación	11,902	0,008**
¿A qué factores atribuye su recuperación? Los servicios de salud y servicios recibidos	29,09	0,00**
¿A qué factores atribuye su recuperación? Apoyo familiar	12,331	0,006**
¿A qué factores atribuye su recuperación? Empeño por salir adelante	11,46	0,009**
¿A qué factores atribuye su recuperación? A Dios	11,591	0,009**
¿A qué factores atribuye su recuperación? Medicina alternativa	4,640	0,200
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicina física y de Rh	16,059	0,001**
Tipo de rehabilitación ordenada: Psiquiatría	1,523	0,677
Tipo de rehabilitación ordenada: Fisioterapia	13,469	0,004**
Tipo de rehabilitación ordenada: Fonoaudiología	21,741	0,00**
Tipo de rehabilitación ordenada: Terapia ocupacional	7,510	0,057
Tipo de rehabilitación ordenada: optometría	2,601	0,457
Tipo de rehabilitación ordenada: Psicología	4,647	0,200
Tipo de rehabilitación ordenada: Trabajo Social	8,994	0,029**

Tipo de rehabilitación ordenada: Medicamentos permanentes	19,278	0,00**
Quien paga la Rh? SGSS	16,073	0,001**
Quien paga la rh? Personalmente	1,476	0,688
Por qué no recibe rehabilitación	30,850	0,076
Años sin rehabilitación recodificado	13,69	0,033**

Fuente: Elaboración propia (2018).

(**) variables estadísticamente significativas

La tabla anterior evidencia las asociaciones encontradas con el grado de discapacidad fueron los ingresos, horas mensuales, tiempo trabajo, qué tipo de contrato de trabajo tiene, condiciones de seguridad en el trabajo, niveles de ruido en el lugar de trabajo, está expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor), en que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo, Qué actividad realizaba antes de la discapacidad, Utiliza ortesis y/o Prótesis, Recibe Servicios de Rehabilitación, ¿A qué factores atribuye su recuperación?: Los servicios de salud y servicios recibidos, Apoyo familiar, Empeño por salir adelante y A Dios, Tipo de rehabilitación ordenada: Medicina física y de Rh, Fisioterapia, Fonoaudiología Trabajo Social, Medicamentos permanentes y los años sin rehabilitación.

7.3 ANALISIS MULTIVARIADO.

En el análisis multivariado que busca proponer el mejor modelo de las variables predictoras del grado de discapacidad para el municipio de Ciénaga, inicialmente se trabajó desde la posibilidad de un modelo de regresión lineal, para ello y teniendo en cuenta que estos modelos son válidos siempre y cuando se cumplan supuestos como normalidad en residuales o errores, homocedasticidad, ausencia de colinealidad entre las variables independientes, que para el caso de esta investigación fueron supuestos que teóricamente NO se cumplieron en el primer intento de modelamiento lineal. A continuación se muestra dos ejemplos de modelamiento con diferentes variables donde se explicita el no cumplimiento de dichos supuestos.

Tabla 15 Ejemplo del Modelo 1 de regresión lineal con tres variables

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		

1	(Constante)	24,185	3,961		6,105	,000
	Edad en años	,203	,053	,243	3,837	,000
	Ingreso mensual promedio	-8,118E-6	,000	-,207	-3,263	,001
	Área	-8,923	2,836	-,199	-3,147	,002

Tabla 16 Análisis de varianza del modelo lineal 1.

ANOVA ^a						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	8890,631	3	2963,544	13,237	,000 ^b
	Residuo	47464,914	212	223,891		
	Total	56355,545	215			
a. Variable dependiente: St						
b. Predictores: (Constante), Área, Edad en años, Ingreso mensual promedio						

Tabla 17 Resumen del modelo 1

Resumen del modelo ^b				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,397 ^a	,158	,146	14,96299
a. Predictores: (Constante), Área, Edad en años, Ingreso mensual promedio				
b. Variable dependiente: St				

Tabla 18 Análisis de los residuales o errores aleatorios del modelo

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Unstandardized Residual	,103	216	,000	,936	216	,000
a. Corrección de significación de Lilliefors						

En las tablas anteriores se evidencia como en el ejemplo 1 con tres variables (tabla 15) se encontró que las variables edad, ingreso mensual promedio y área de residencia fueron estadísticamente significativas, sin embargo en la tabla 17, se presenta como el valor de R^2 muestra que el modelo tiene poca capacidad explicativa porque estas tres variables explican solo el 15,8% del grado de discapacidad. Al analizar los residuales o errores aleatorios del modelo (tabla 18) se muestra que los errores no cumplen con el supuesto estadístico de Normalidad, elemento indispensable en los modelos de regresión lineal.

Tabla 19 Ejemplo del Modelo 2 de regresión lineal con cuatro variables

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
2 (Constante)	18,100	4,657		3,886	,000
Edad en años	,193	,052	,231	3,672	,000
Ingreso mensual promedio	-7,713E-6	,000	-,197	-3,128	,002
Área	-8,279	2,817	-,184	-2,939	,004
A qué factores atribuye su recuperación? A Dios	7,013	2,904	,152	2,415	,017

Tabla 20 Resumen del modelo 2

Resumen del modelo ^b				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
2	,425 ^a	,180	,165	14,79527
a. Predictores: (Constante), A qué factores atribuye su recuperación? A Dios, Ingreso mensual promedio, Área, Edad en años				
b. Variable dependiente: St				

Tabla 21 Análisis de los residuales o errores aleatorios del modelo 2

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Unstandardized Residual	,106	216	,000	,941	216	,000
a. Corrección de significación de Lilliefors						

En las tablas anteriores se evidencia como en el ejemplo 1 con tres variables (tabla 19) se encontró que las variables edad, ingreso mensual promedio, área de residencia y a que factores atribuye su recuperación (a Dios) fueron estadísticamente significativas, sin embargo en la tabla 20, se presenta como el valor de R^2 muestra que el modelo tiene poca capacidad explicativa porque estas tres variables explican solo el 18% del grado de discapacidad. Al analizar los residuales o errores aleatorios del modelo (tabla 21) se muestra que los errores no cumplen con el supuesto estadístico de Normalidad, elemento indispensable en los modelos de regresión lineal.

Teniendo en cuenta los dos ejemplos de modelamiento lineal presentados se asume entonces trabajar un modelo de regresión logística ordinal.

En el análisis multivariado se utilizó el modelo de regresión logística ordinal (RLO). Se usa este modelo dado que la variable de respuesta grado de discapacidad es una variable categórica medida en escala ordinal (donde 0= ninguno, 1= leve, 2= moderado y 3=severo). Este es un modelo en el cual los coeficientes se estiman utilizando modelos no lineales y el método de estimación es el de máxima verosimilitud (máxima probabilidad). Lo que implica que se modelizan tantas ecuaciones como alternativas tiene la variable Y.

El objetivo de la RLO es relacionar de forma lineal a las variables explicativas con la razón de probabilidad entre la probabilidad acumulada hasta la categoría de la variable ordinal, y la probabilidad que la variable tome un valor mayor que la categoría (51) (52). Se aplicó la regresión logística ordinal para obtener un modelo que permitiera pronosticar los resultados en el grado de discapacidad, pues sus posibles valores como variable ordinal que es son: “ninguna”, leve”, “moderada”, “severa” y “extrema”. Como variables independientes se utilizaron diferentes variables que tengan relación con la variable dependiente.

Una vez definidas las variables de los Determinantes sociales de la salud que presentaron asociación significativa con el grado de discapacidad, los cuales fueron la Edad, el Ingreso mensual, factores a los que atribuye la rehabilitación /Servicios de salud y servicios recibidos) y el Tipo de rehabilitación ordenada.

Tabla 22 Información de ajuste de los modelo Logit

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo interceptación	394,203			
Final	355,632	38,571	4	,000
Función de enlace: Logit.				

Tabla 23 Información de ajuste de los modelos coeficientes

	Estimación	Error estándar	Wald	gl	Sig.

Umbral	[y = ,00]	-4,114	,697	34,845	1	,000
	[y = 1,00]	,000	,562	,000	1	1,000
	[y = 2,00]	2,428	,598	16,504	1	,000
Ubicación	x2	,024	,007	10,774	1	,001
	x6	-1,443E-6	3,840E-7	14,126	1	,000
	[x17=0]	-,873	,313	7,804	1	,005
	[x17=1]	0 ^a	.	.	0	.
	[x21=0]	-,806	,443	3,308	1	,069
	[x21=1]	0 ^a	.	.	0	.

X2: Edad (años)

X6: Ingreso mensual

X17: A qué factores atribuye su recuperación? Los servicios de salud y servicios recibidos

X21: Tipo de rehabilitación ordenada: Medicina física y de Rh.

Analizando el valor tan pequeño del valor p de la prueba de la significancia global (Logaritmo de la verosimilitud -2), se rechaza la hipótesis de que los coeficientes de todas las variables explicativas son cero, concluyendo que al menos una de las variable regresoras tiene efecto sobre el grado de discapacidad, y, por lo tanto, que la probabilidad de ocurrencia de los valores que representan esta calificación varía para alguna de las combinaciones de valores de las variables independientes. El valor Z del estadístico de Wald asociado a cada variable independiente y su correspondiente valor p muestran que si hay relación significativa entre estas variables y el grado de discapacidad.

El signo positivo del coeficiente de la variable edad indica relación directa; es decir, que a mayor edad mayor probabilidad de tener mayor grado de discapacidad, el signo negativo indica una relación inversa; es decir, en la variable ingreso indica que a menor ingreso mayor la probabilidad de tener alto grado de discapacidad. Así mismo, se destaca que no tener servicios de salud aumenta la probabilidad de tener mayor grado de discapacidad (observar el signo negativo del coeficiente) y no tener (Tipo de rehabilitación ordenada:

Medicina física y de Rh) aumenta la probabilidad de mayor grado de discapacidad (el signo negativo indica eso).

Según el modelo una persona de 75 años, sin ingresos, tiene servicios de salud pero no tiene rehabilitación (medicina física y de Rh) tiene una probabilidad de 54% de tener una discapacidad clasificada como moderada. Igualmente una persona de 75 años, sin ingresos, no tiene servicios de salud y no tiene rehabilitación (medicina física y de Rh) tiene más probabilidades de tener una discapacidad clasificada como leve que tenerla moderada. Según este modelo, todas las personas fueron clasificadas como leve o moderada.

El modelo estimado por el método de máxima verosimilitud se presenta a continuación

$$\text{Prob}(Y_i=0) = \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT1} - (B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_3 X_{23i} + B_4 X_{4i})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=0) = \frac{1}{1 + e^{-[-4,114 - (0.024 * \text{Edad} - 1,44E-6 * \text{Ingreso mensual} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} - 0,873 * \text{Factores que atribuye la rehabilitación} - 0,806 \text{ Tipo de Rehabilitación ordenada)]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=1) = \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT2} - (B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_3 X_{23i} + B_4 X_{4i})]}} - \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT1} - (B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_3 X_{23i} + B_4 X_{4i})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=1) = \frac{1}{1 + e^{-[-4,114 - (0.024 * \text{Edad} - 1,44E-6 * \text{Ingreso mensual} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} - 0,873 * \text{Factores que atribuye la rehabilitación} - 0,806 \text{ Tipo de de rehabilitación ordenada)]}}$$

$$\frac{1}{1 + e^{-[-4,114 - (0.024 * \text{Edad} - 1,114E-6 * \text{Ingreso mensual} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} - 0,873 * \text{factores que atribuye la rehabilitación} - 0,806 \text{ tipo de rehabilitación ordenada)]}}$$

$$1 + e^{-[-4,114 - (0.024 * \text{Edad} - 1,114E-6 * \text{Ingreso mensual} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} - 0,873 * \text{factores que atribuye la rehabilitación} - 0,806 \text{ tipo de rehabilitación ordenada)]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=2) = \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT3} - (B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_3 X_{23i} + B_4 X_{4i})]}} - \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT2} - (B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_3 X_{23i} + B_4 X_{4i})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=2) = \frac{1}{1 + e^{-[-0,000 - (0,024 * \text{Edad} - 1,114E-6 * \text{Ingreso mensual} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} + 0,873 * \text{factores que atribuye la rehabilitación} - 0,806 \text{ tipo de Rehabilitación ordenada})]}}$$

$$1 + e^{-[-0,000 - (0,024 * \text{Edad} - 1,114E-6 * \text{Ingreso mensual} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} + 0,873 * \text{factores que atribuye la rehabilitación} - 0,806 \text{ tipo de Rehabilitación ordenada})]}$$

$$\text{Prob}(Y_i=3) = \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT3} - (B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_3 X_{23i} + B_4 X_{4i})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=3) = \frac{1}{1 + e^{-[-2,428 - (0,024 * \text{Edad} - 1,114E-6 * \text{Ingreso mensual} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} + 0,873 * \text{factores que atribuye la rehabilitación} - 0,806 \text{ tipo de Rehabilitación ordenada})]}}$$

8 DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo fundamental establecer la relación entre determinantes sociales de la salud predictores del grado de discapacidad, quien toma como grupo de muestra a personas adultas con discapacidad, mayores de 18 años y estuvo conformada por 216 personas del municipio de Ciénaga, Magdalena, a los cuales se les preguntó sobre puntos referenciales e importantes para la adquisición de experiencias a través de la ejecución del WHODAS 2.0.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, por ello, es de vital importancia realizar este tipo de estudios que permiten, entre otras cosas, reconocer los factores que inciden en el grado de discapacidad. Del mismo modo, Kowal et. al., indica que los determinantes sociales están asociados con la edad, sexo, estado civil, educación y nivel socioeconómico (52).

Respecto a los determinantes estructurales, los resultados obtenidos en el análisis univariado permiten observar que:

La edad, en el presente estudio el 30,1% de la población es mayor de 65 años lo cual es relevante si se tiene en cuenta que se incluyeron personas desde los 18 años; Cruz (20) menciona que es posible hallar una relación directa entre la prevalencia de la discapacidad y la edad, de manera que aumenta con la edad, en este estudio realizado en Bogotá, mientras 72 de cada 1.000 personas mayores de 60 años están en situación de discapacidad, en los menores de 60 años, la relación es 8 por cada 1.000 el autor menciona que es indiscutible que la discapacidad parece concentrarse en el grupo de mayores de 60 años. Por su parte Vanegas et al (29) menciona que también podría deberse a los cambios degenerativos que se dan llegado a esta etapa del ciclo vital, aunado a ello las enfermedades propias de la vejez podrían exacerbar los procesos propios de envejecer o generar Discapacidad.

En cuanto al sexo de la población, en el presente estudio un 56% fueron mujeres, similar a lo descrito en el estudio de Cruz (20) donde registra un total de 56.4% de mujeres y su predominio fue en todos los grupos etareos de 30 años y más, lo anterior puede denotar una mayor vulnerabilidad asociada a sus condiciones físicas tales como menor cantidad de masa muscular, fuerza, masa ósea, entre otros; condiciones sociales y/o culturales. Además como lo menciona Vélez (38) las mujeres enfrentan desde una mayor complejidad su condición y situación.

La mayoría de las personas registradas viven en la cabecera municipal, pertenecen al estrato socioeconómico 1 y 2 el 81.9%, datos similares fueron encontrados en la ciudad de Bogotá (20) al respecto de esta situación que señalan que existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de personas con deficiencias pobres y no pobres, y que además el riesgo relativo de tener discapacidad es 12 veces mayor en los hogares clasificados como pobres que en los no pobres. Al respecto, Amartya Sen expresa que el déficit de ingresos de una persona cuyas percepciones están por debajo de la línea de pobreza, se convierten en una conjunción de consideraciones de privación absoluta y relativa, incluso después de haber definido un conjunto de necesidades mínimas y de haber fijado una línea de pobreza (53).

Lo anterior ratifica las estimaciones de la OMS y los datos derivados del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) que sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, informan tener más limitaciones con actividades de la vida diaria (mujeres de las áreas urbanas más que mujeres de áreas rurales) y que también pueden esperar vivir más años que los hombres a pesar de la discapacidad y las limitaciones funcionales como lo plantea Wong et al (54)

Al respecto, Ćwirlej (55) plantea que la promoción de la educación de la actividad física puede resultar positiva para reducir la prevalencia de la discapacidad entre los habitantes de tercera edad. Otra medida complementaria a lo anterior, puede ser aumentar el acceso a la atención sanitaria, orientado a diagnosticar de manera rápida enfermedades crónicas, su tratamiento y rehabilitación, como herramienta para prevenir la discapacidad. Todo ello

como medida preventiva para el grupo poblacional de mayor edad a fin de que no presenten menores inconvenientes relacionados con la discapacidad.

Al discernir sobre determinantes sociales de la salud y la discapacidad, algunos de los estudios analizados, como los de Castelblanco et al. (24) han usado los determinantes como una forma de aproximarse al conocimiento de los factores relacionados con la exclusión social. En otros, los determinantes han sido usados como indicadores de efectividad de políticas públicas que tienen correspondencia con determinantes sociales en salud, además de haberse usado como indicadores de salud de la población, como el de Hernández (56).

En tal sentido, Bircher y Shyama (57) señalan que se puede abordar la salud desde la perspectiva de los determinantes individuales, sociales y ambientales, como mecanismo para generar políticas públicas que ayuden a mejorar indicadores relacionados con este aspecto, en el marco del desarrollo sostenible y los derechos humanos, en concordancia con esta idea, Frick et al (58) postulan que las relaciones sociales contribuyen a las valoraciones de salud y deberían incluirse en los modelos de medición de esta variable.

Los planteamientos anteriores permiten suponer que para lograr una mayor justicia social se debe propender trabajar en cuanto a superar la pobreza, mejorar aspectos relacionados con la salud de las personas con discapacidad en igualdad y en equidad de condiciones garantizando el cumplimiento de sus derechos humanos.

En cuanto a la educación, en la presente investigación se encontró que el 65.3 % del total de la población tienen un nivel inferior al secundario completo, resultados similares arrojó el estudio de Cruz (20) para el caso de Bogotá, en donde, 55.3% están por debajo de este nivel; Cruz observó además, un 26% de la población que no ha realizado estudios formales, no asiste a planteles educativos por su discapacidad. Si bien el no acceder a un sistema educativo desde el punto de vista de justicia social es una inequidad como lo considera Diderichsen et al (59) quienes expone ciertas diferencias considerandolas como injustas. Este planteamiento, sustenta parte de los resultados encontrados en la investigación, ya que en algunos determinantes sociales de salud el área donde habita o el nivel educativo, está asociado con un grado de discapacidad.

Estas desigualdades e inconvenientes se agravan con el paso del tiempo, según los hallazgos del estudio y lo encontrado también por Rubio, et. al., (60) quienes afirman que las condiciones médicas son un indicador significativo de la discapacidad, manifestando además que la actividad física es un elemento clave de atención primaria para reducir el riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad posteriormente.

En tal sentido, los determinantes sociales de salud deben servir como modelo para mejorar la calidad de vida de los individuos, incluyendo aquellos con la discapacidad, así lo ha referido Tamayo et al (61) y Peñaranda et al (62) quienes han manifestando que el modelo de DSS debe actualizarse para que se convierta en un mecanismo para mejorar las políticas públicas y las condiciones de vida de la población, en consecuencia, contribuir con la equidad social (59) (63) como un acto para reparar el daño por la injusticia en el marco del cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad y aun más en la población de mayor edad, en la cual existe una necesidad latente por incorporar métodos que contribuyan a disminuir el impacto de los factores sociales en la vejez tanto en hombres como mujeres (64).

En este orden de ideas, desde la política pública en salud, es importante analizar las condiciones socioeconómicas y sociodemográficas de los individuos, dado que investigaciones han demostrado la influencia de estas variables en el aumento del riesgo de deterioro de la condición de salud y la inequidad social (65) (66), tal y como se ha encontrado en el presente estudio.

En el este estudio el grupo étnico mestizo es el de mayor proporción, lo cual es coherente con lo registrado a nivel nacional según los datos del DANE (15) y Velez (38).

Respecto a los determinantes intermedios, los resultados obtenidos en el análisis univariado permiten observar que:

En el presente estudio se encuentra que la mayoría de la población 64.4% se encuentra afiliada al régimen subsidiado, así como lo encontró Velez (38) en la ciudad de Tunja, y Castelblanco (24) quien encontró un 62.8% en éste régimen.

En cuanto a los ingresos económicos, este estudio encontró que un 63% no cuentan con ningún ingreso, sumado a que, el 25.9% de los restantes, reciben por debajo de un salario mínimo legal vigente, se puede decir que estos resultados son similares a los descritos por Velez (38) aunque en él, no se interroga el origen de los ingresos, si muestra que el 86.3% no cuentan con trabajo en el momento del Censo del DANE 2005 y el 79% no devengaba salario, Castelblanco (24) muestra que en Manizales el 71.2% no devengan salario y del restante, el 22.5 % devengaban menos de un salario mínimo.

Respecto a las variables relacionadas con las condiciones del trabajo, en el presente estudio el 73.1% no se encuentran trabajando, de los restantes, solo un 9.3% lleva mas de 120 meses laborando lo que muestra que un pequeño porcentaje de ellos cuentan con estabilidad y permanencia, esto es coherente con lo descrito en el estudio realizado en Tunja por Velez (38) en el cual solo un 4,8 % de la población se encuentra trabajando y Castelblanco (24) en donde solo el 15% se encuentra trabajando en la ciudad de Manizales, con esta ciudad además, se encuentra una diferencia en cuanto se evidencia que el 24.7% no trabajan ni reciben pension contrario a los resultados Ciènaga, en donde el 97.4% están sin pensión, llama la atención esta diferencia, teniendo en cuenta que en los 2 estudios aproximadamente la tercera parte de la población son mayores de 60 años.

En cuanto al tipo de contrato, los resultados del presente estudio coinciden con el realizado en la ciudad de Manizales (24), con valores 4,2% Vs 3.4% de personas que tienen algún tipo de contrato, en los dos estudios los mayores porcentajes de respuesta equivalen a: sin contrato y no hay respuesta.

Respecto a los factores intermedios relacionados con la rehabilitación, se puede observar que en el presente estudio solo un 38.9% reciben servicios de rehabilitación, similar al estudio realizado en Tunja (38) con un 25,8% y diferente a Manizales (24) con un 67.4%; en relación a los factores que con mayor frecuencia se atribuye la recuperación, en el estudio de Ciènaga, se encuentra en primer lugar, Dios con un 85.6% y el apoyo familiar con un 78.2%, en Manizales y Tunja los mayores porcentajes y en el mismo orden son descritos, en primer lugar a los servicios recibidos y en segundo lugar Dios. El tipo de rehabilitación ordenada con mayor frecuencia en el estudio de Ciènaga, es la fisioterapia

seguida por la fonoaudiología, similar al estudio de Castelblanco (24), en Ciénaga quien paga la rehabilitación con mayor porcentaje es el SGSS y de los que no reciben rehabilitación, la mayoría refieren que no saben porque (17,6%) o por falta de dinero (11.1%); de estos que no reciben rehabilitación, el 76.5 % llevan más de 11 años sin rehabilitación.

El grado de discapacidad encontrado en el presente estudio evidencia que el 54.6% de la población presentó una discapacidad leve, seguida por un 34.3% con una discapacidad moderada y solo un 7,9 % de la población presentaron una discapacidad severa, estos resultados son similares a los descritos por Gil (67) en la ciudad de Pasto en donde se encontro un mayor porcentaje de discapacidad leve con un 53%, discapacidad moderada con un 35% y discapacidad severa en un 12%, estos resultados similares pueden obedecer que tanto en Ciénaga como en Pasto, se incluyeron personas con diversas condiciones de salud, al contrario, del estudio publicado por Henao en el 2011 (68) en el cual determinó el grado de discapacidad con el WHO DAS II versión 36 items en 45 personas con Trauma raquimedular (TRM) y encontró menor porcentaje con grado de discapacidad leve con un 38% de la población, el 53% moderado y solo un 9% con discapacidad severa; de la misma manera y con el mismo instrumento, López (69) en Cartagena caracterizó el grado de discapacidad en personas con Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) encontrando solo un 6% de la población con discapacidad leve, un 31,9% con discapacidad moderada y un 61,7% con discapacidad severa; estos últimos dos estudios (68, 69) se realizaron en poblaciones con condiciones de salud específicas como TRM y ECV respectivamente en donde predominan los grados de discapacidad moderada y severa.

A nivel internacional los datos arrojados en cuanto a grado de discapacidad en el municipio de Ciénaga son similares a los encontrados por Flores (71) en honduras donde el 74,4% de la población participante del estudio presento un grado de discapacidad leve; por su parte en España, Rodriguez (72) mostro un porcentaje del 51,5%. Diferente a lo encontrado en un estudio realizado en Chile donde la mayor parte de la población con discapacidad presentan grados moderados de la misma (73).

En cuanto a los dominios evaluados por el WHO DAS 2.0 en el presente estudio se evidencian mayores dificultades en los dominios relacionados con moverse a su alrededor con un 34,2 puntos, seguida con dificultades para realizar actividades diarias con un 33,1 puntos, así como la participación en sociedad con un 28,9. Tal como se evidencia en el estudio de Henao (45) quien reporta que las personas con lesión medular tienen mayor compromiso o dificultad para moverse a su alrededor. Puntos similares a este estudio son los encontrados en Chile donde las personas manifestaban tener dificultades para la realización de actividades y restricción en la participación (74); semejante a lo expresado por los participantes del estudio de Serrano (75) quienes manifiestan que aún existen barreras para la accesibilidad y la participación en sociedad.

El análisis bivariado permitió identificar las relaciones entre los determinantes sociales de la salud con los dominios del WHO DAS 2.0; así por ejemplo la Edad está correlacionada con el dominio de Relacionarse con otras personas, el Ingreso mensual promedio con dominios como la Comprensión y la comunicación, las Horas de trabajo con dominios de Comprensión y comunicación, Autocuidado, Relacionarse con otras personas. El Tiempo trabajando se encuentran correlacionados con los dominios del WHO-DAS 2.0 comprensión y comunicación, autocuidado y relaciones con otras personas.

Al analizar las asociaciones encontradas entre los determinantes sociales de la salud estructurales con el grado de discapacidad se puede observar que las que mostraron relación estadísticamente significativas fueron la edad, estrato social, el área de procedencia y el nivel educativo esto se correlaciona con lo encontrado por Gil (67) en donde también la edad mostró relación estadísticamente significativa con la discapacidad final.

Los resultados del presente estudio también son similares al de Velez (38) por cuanto encontraron una asociación entre la edad y las restricciones en la participación, de la misma manera aunque con una dependencia débil, se encontró asociación con el nivel educativo, área de residencia y estrato socioeconómico, tal como se obtuvo en Ciénaga; al contrario, en Manizales, Castelblanco (24) encontró al respecto que no existe asociación entre el determinante estrato y la restricción en la participación.

Respecto a las relaciones encontradas entre los determinantes sociales de la salud intermedios con el grado de discapacidad, se observa que las variables que mostraron asociaciones fueron: ingreso económico, variables relacionadas con el trabajo tales como el tiempo de trabajo, el tipo de contrato, las condiciones de seguridad en el trabajo, condiciones, transporte hasta el sitio de trabajo y la actividad que realizaba antes de la discapacidad. Similar a esto, Marjan (76) encontró relación significativa en cuanto a la falta de empleo y por ende un ingreso económico representativo, con Castelblanco en Manizales (24) encontró asociación entre el ingreso mensual promedio y restricción en la participación, la dependencia entre estos fue proporcional baja o nula; de la misma manera Vélez (38) mostró que existe asociación con fuerte dependencia entre la capacidad para el trabajo afectada por la discapacidad y el ingreso mensual promedio, con la restricción en la participación; también se observa en el mismo estudio que existe asociación y dependencia moderada entre las actividades realizadas en los últimos 6 meses, la actividad económica actual de las personas con discapacidad y la restricción en la participación. Palomino et al (37) manifiestan que los ingresos familiares difieren en familias donde existe personas con discapacidad, generando problemas estructurales relacionados con la pobreza.

Es importante mencionar que en Ciénaga, respecto a los factores relacionados con la rehabilitación las variables que mostraron asociación fueron la utilización de órtesis y prótesis, recibir o no, rehabilitación, el apoyo familiar, las ganas de salir adelante, Dios, la fisioterapia y fonología dentro de las terapias; los medicamentos, el pago por parte del SGSS y los años sin rehabilitación también mostraron asociación. Vélez (38) muestra que también existe asociación y dependencia pero débil, de los medicamentos ordenados, tipo de servicios ordenados y Dios como factores atribuidos a la rehabilitación. Castelblanco (24) en Manizales también encontró asociación baja e inversa entre el tipo de rehabilitación ordenada (Medicamentos) y restricción en la participación.

Lo mencionado anteriormente relacionado con los determinantes sociales de la salud intermedios, lo podemos ver reflejado en las cifras significativas dadas por la Organización Mundial de la Salud (77); donde se hace referencia a las barreras actitudinales y físicas a las que deben enfrentarse las personas con Discapacidad. Muchas son las necesidades

insatisfechas de este grupo vulnerable; las cuales están relacionadas con dificultades en los desplazamientos, desigualdades y pocas oportunidades de servicios.

En el análisis multivariado que se realizó a través de un modelo de regresión logística ordinal se observa que las variables predictoras de discapacidad son: la edad con una relación directa; y con una relación inversa las variables: ingreso, no tener servicios de salud y no tener algún tipo de rehabilitación ordenada, al respecto Henao (68) en su estudio, encontró como una de las variables predictoras de discapacidad fue la situación ocupacional obtuvo una asociación significativa con la discapacidad, pero en el análisis dicotómico para incorporar sus valores al modelo de regresión sólo la condición “desempleado por la lesión medular” obtuvo un coeficiente de regresión significativo, esto se puede relacionar teniendo en cuenta que en el estudio de Ciénaga el 73.1 % no se encuentran trabajando lo que supone que toda esta población, no tiene ingresos económicos del resto un alto porcentaje devenga menos de un salario mínimo legal vigente se puede decir entonces que esta variable es común en los dos estudios.

Phaswana y Peltzer (70) quienes encontraron disparidades de salud según la étnia relacionadas con condiciones crónicas, incluidas la discapacidad a medida que la edad de la persona aumenta, lo cual concuerda en parte con los hallazgos del estudio realizado. En cuanto a la edad varios de los estudios que se han revisado en este aparte del trabajo (24, 38, 67, 68 y 69) coinciden en que existe una relación directa entre la edad y el grado de discapacidad y aunque los autores no la muestran como parte de un modelo predictivo, todos coinciden en la relación directa con la situación de discapacidad, probablemente como algunos lo mencionan, esto se deba a la forma como se está asumiendo en la actualidad la vejez como sinónimo de inmovilida, incapacidad, discapacidad, entre otros.

Diferente de estos hallazgos según la relación de la discapacidad con la edad Marjan (76) menciona que en el modelo de regresión aplicado dentro de su estudio las personas a mayor edad presentan menos discapacidad. Por otra parte dentro de los mismos estudios (24, 38, 67, 68 y 69), al mencionar las variables sociodemográficas que hacen parte de los determinantes sociales de la salud tales como el estrato y los ingresos, están asociados al régimen al cual se encuentra afiliado que para este caso e su mayoría es el subsidiado lo

que en Colombia se relaciona con poco o limitado acceso a los servicios de salud y por lo tanto a la rehabilitación.

A nivel internacional también se habla de estos determinantes sociales que de alguna manera imposibilitan la igualdad y la equidad que merecen las personas con discapacidad. En Uruguay por ejemplo la Comisión nacional honoraria de discapacidad (78) hace referencia a la urgencia de seguir trabajando para que estas personas sujetos de derechos se les garantice en igualdad de condiciones la educación, el transporte y el trabajo.

Así mismo en Ecuador García (79) realizó un estudio sobre las políticas públicas de inclusión laboral y la incidencia en el desarrollo socioeconómico de las personas con discapacidad, dando cuenta en este de la necesidad que tienen de ejercer sus derechos y que el estado les garantice una inclusión social, económica y laboral. Consecuente con este tema de igualdad e inclusión Tamayo (80) menciona en su estudio la necesidad de promover diseños e implementación de políticas públicas que mejoren las condiciones de vida de las personas con discapacidad; refiere que la mejor manera de que este grupo vulnerable tenga una condición plena e integral de salud y bienestar es con la inclusión.

En cuanto a otros estudios realizados en Colombia mediante modelos lineales de regresión se analiza la existencia de la relación entre la pobreza y la discapacidad mencionando específicamente actividades de la vida diaria y el autocuidado; todo esto relacionado a las pocas oportunidades de ingreso, servicios óptimos de salud, que de alguna manera nos indican la urgencia de un abordaje biopsicosocial de las personas con discapacidad (81).

Con relación a lo anterior, en Suramérica, estudios han demostrado que al tener una discapacidad, la persona puede recibir ingresos inferiores a los que recibe una persona sin discapacidad, lo que se convierte en limitante para acceder a actividades educativas, sociales, recreativas, sanitarias, entre otras, generando una situación de dependencia económica hacia la familia (80,81).

Los resultados de esta investigación llevan a sugerir que se hace necesario generar cambios significativos a nivel familiar y social; las personas con discapacidad y sus familias a menudo no son conscientes de su potencial, por lo tanto se debe mejorar los

procesos de orientación vocacional, inclusión educativa y laboral. El hecho que un gran porcentaje de la población del estudio se encuentre ubicada en estrato socioeconómico bajo, condiciona las posibilidades de desarrollar sus capacidades y de ser útil en su microsistema, mesosistema y macrosistema, porque los determinantes sociales que lo rodean se convierten en factores de riesgo para la discapacidad(81).

En tal sentido, los determinantes sociales de salud deben servir como modelo para mejorar la calidad de vida de los individuos, incluyendo aquellos con discapacidad, así lo ha referido Tamayo et al (61) y Peñaranda et al (62) quienes han manifestando que el modelo de DSS debe actualizarse para que se convierta en un mecanismo para mejorar las políticas públicas y las condiciones de vida de la población, en consecuencia, contribuir con la equidad social como un acto para reparar el daño por la injusticia en el marco del cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad y aun más en la población de mayor edad, en la cual existe una necesidad latente por incorporar métodos que contribuyan a disminuir el impacto de los factores sociales en la vejez tanto en hombres como mujeres (62).

9 CONCLUSIONES

- En cuanto a la caracterización de los determinantes sociales de la salud se puede decir que el perfil de estas personas es: Mujeres que en su mayoría se encuentran en edad adulta y adulta mayor, de estrato económico 1 o 2, sin ingresos, sin empleo, con bajos niveles educativos y afiliados al régimen subsidiado lo que implica que tengan limitado acceso a servicios de salud, entre estos los de rehabilitación, a pesar de su situación, son personas que tiene su fé puesta en Dios y encuentran en su familia el mayor soporte como factor que determina su rehabilitación.
- La mayoría de las personas de la ciudad de Ciénaga presentan un grado de discapacidad leve, seguido por el grado moderado y muy pocas presentaron grados severos de discapacidad, el dominio más afectado hace referencia a la capacidad para moverse a su alrededor.
- Los determinantes sociales de la salud estructurales que más se relacionan con el grado de discapacidad fueron la edad, el estrato social, el área de procedencia y el nivel educativo. Los determinantes sociales de la salud intermedios que mostraron mayor relación con el grado de discapacidad, fueron: ingreso económico, variables relacionadas con el trabajo tales como el tiempo de trabajo, el tipo de contrato, las condiciones de seguridad en el trabajo, condiciones, transporte hasta el sitio de trabajo y la actividad que realizaba antes de la discapacidad
- El modelo predictivo del grado de discapacidad a partir de los Determinantes Sociales de la Salud incluye como variables predictoras: la edad con una relación directa, y con una relación inversa, la variables: ingreso, no tener servicios de salud y no tener algún tipo de rehabilitación ordenada

10 RECOMENDACIONES

1. Los investigadores recomiendan realizar estudios longitudinales que permitan relacionar los determinantes sociales de la salud con la trayectoria de la discapacidad y otras variables clínicas y psicológicas.
2. Se recomienda realizar estudios de corte mixto que permitan relacionar los determinantes sociales de la salud con los procesos de rehabilitación y condiciones de salud específicas.
3. Se recomienda realizar estudios de alcance explicativo, experimentales que permitan evaluar el impacto de los determinantes sociales de salud en la discapacidad.
4. Se recomienda a los directivos de los programas de salud que incluyan dentro de sus planes de estudios los resultados de este estudio como estrategias para desarrollar en los estudiantes competencias que favorezcan la atención primaria en salud, la terapéutica y la rehabilitación.
5. Se recomienda a los gestores de las políticas públicas, tener en cuenta estos resultados para la creación y puesta en marcha de planes y programas orientados a mejorar la atención integral de las personas en situación de discapacidad de manera integral.

11 BIBLIOGRAFÍAS

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Determinantes sociales de la Salud. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/Consultadonoviembrede2015.
2. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. declaración provisional. In: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2007.
3. De Andrade, et al., Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*, 2015, 1343-1351.
4. 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. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
5. Organización Mundial de la Salud [OMS]. CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud OMS, Ginebra, Suiza, 2001.
6. Melguizo, R. C., Evolución del concepto de discapacidad en la sociedad contemporánea: de cuerpos enfermos a sociedades excluyentes. *Praxis sociológica*, 2014,18:155-175.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Discapacidad [Internet]. 2013 [citado Noviembre del 2015]. Disponible en: <https://bit.ly/1PpDjC9>.
8. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; Secretaria general de asuntos sociales. Instituto de migraciones y servicios sociales; 2001.
9. Ministerio de Salud y de Protección Social. Guía ASIS 2014 [Internet]. 2014. [citado Octubre del 2016]. Disponible en: <https://bit.ly/2sCZKvS>.
10. Puin, DC, Escobar M. "Actitudes frente a la vinculación laboral de personas con discapacidad." *Revista Facultad de Medicina*.2002; 50 (4):196-199.

11. En la República de Colombia. Ley estatutaria 1618/2013, de Discapacidad, la cual establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” congreso de la república.
12. Eide, A.y Ingstad B. Disability and Poverty. A Global Challenge [Internet]. Policy Press 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2Jo5Bf8>
13. Mithen J, Aitken Z, Ziersch A, Kavanagh A. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. Social Science & Medicine [Internet]. 2015; 126:26-35. Disponible en: <https://bit.ly/2M6Rf4w>
14. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991. Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/84/.../index.html
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Dirección de censos y demografía. Base de datos de registro de localización y caracterización de personas con discapacidad. Bogotá; 2005.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet] [consultado 2017 abr 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.
17. Granada, E. Alcaldía de Manizales de Colombia: La discapacidad en el ámbito legal. Colombia:1999; 5. Disponible en: <http://www.manizales.gov.co/RecursosAlcaldia/201507071436296180.pdf>.
18. Fundación Saldarriaga Concha. Informe Discapacidad Fundación Saldarriaga Concha. Día mundial de las Personas con discapacidad [Internet]. Pacto de Productividad. 2012 [citado Noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informediscapacidadfsc.pdf>
19. De Lorenzo R. El futuro de las discapacidades en el mundo: el empleo como factor determinante para la inclusión. Rev del Minist Trab e Inmigr. 2004;(50):73–90.
20. Cruz VI, Hernández-Jaramillo J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. Rev. Cienc. Salud 2008; 6 (3):23-35.

21. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHO-DAS 2.0. Geneva: World Health Organization; 2010.
22. Valencia F, Rivera –Rujana DM, Londoño – Prieto J, Henao – Lema CP, y Pérez Párra JE Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de Medellín (Colombia): resultados desde WHO-DAS II. [Tesis de Maestría]. Grupo de investigación Cuerpo Movimiento: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
23. Concejo Municipal de Ciénaga Magdalena, Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 Ciénaga, Territorio de lo Posible; 2016. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/wfho3H>
24. Castelblanco ML, Cerquera L, Vélez C, Vidarte JA, Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. Diversitas: Perspectivas en Psicología [Internet]. 2014 [citado 9 de junio de 2016]; 10(1): 87-102. Disponible en: <https://bit.ly/2kR0h9h>.
25. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Técnico. Sexta edición. 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/6to-informe-ons.pdf>
26. Cruz-Velandia I., Duarte-Cuervo Y., Fernández-Moreno C., García-Ruiz Alix; Hacia la formulación de una Agenda de Investigación en Discapacidad para Colombia. En: ProQuest [Internet].2017; 35(2). Disponible en: <https://bit.ly/2xOwsj8>.
27. World health report 2000- Health systems: Improving performance [Internet]. World Health Organization 2018. Disponible en: <https://bit.ly/1Qq3V4K>.
28. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

Versión abreviada. 2001. Disponible en:

http://aspacenet.aspace.org/images/doc/cif_2001-abreviada.pdf

29. Vanegas JH, Gil LM. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial, *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007; 12(1): 51- 61.
30. Padilla A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos, *Revista Colombiana de Derecho Internacional*. 2010; 16 (1): 381-414. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
31. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. [Internet] 2011. Disponible en:
http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=870&Itemid=324
32. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Resumen: Informe mundial sobre la discapacidad [Internet] 2011 [consultado 2016 abr 03] Disponible en:
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accesible_es.pdf
33. Congreso de la República de Colombia. Ley 1346 de 2009, por medio la cual se aprueba la Convención de los derechos de las personas con discapacidad. Bogotá; 2009.
34. Lugo LH, Seijas V. La discapacidad en Colombia: una mirada global. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación* [Internet]. 2012; 22(2): 164-179. Disponible en: <https://bit.ly/2HswvV3>.
35. Fiorati RC, Elui VMC. Social determinants of health, inequality and social inclusion among people with disabilities. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(2): p 329–36.
36. Vidarte JA, Chía SL, Hormaza M, Vélez C. determinantes sociales de la salud y discapacidad, Tunja 2012. *Archivos de medicina (col)* 2014;1451-63. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273832164006>.
37. Palomino PA, Grande ML, Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología* [Internet]. 2014; 72(1): 71-91. Disponible en: <https://bit.ly/2sMdN1t>.

38. Vélez C, Vidarte, JA. Cerón, J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali/Social. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública 2013; 31: 201-192.
39. Vélez C, Vidarte JA. Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. Cienc. innov. salud. 2014; 2 (2):63 – 69.
40. Daza, GE. Mosquera, MG. Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. [Internet]: Disponible en:
repositorio.autonoma.edu.co/jspui/.../informe%20final%20tesis%20Barranquilla.pdf
41. Encuesta nacional de salud, bienestar, envejecimiento [Internet]. MINSALUD, COLCIENCIAS, SABE COLOMBIA, 2015. Disponible en:
<https://bit.ly/2LuN2pY>.
42. Mejía, L. B., & Aponte, L. A. G. Centro de Estudios Económicos Regionales: Veinte años de investigación sobre economía regional. Banco de la República, Colombia, 2017.
43. Vázquez Barquero J, Herrera Castañedo S, Vázquez Bourgón E, Gaité Pintado L, et al. Cuestionario para la evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.
44. Organización Mundial de la Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación. Medición de la salud y la discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0 [Internet] 2015 [consultado 2017 abr 16] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf

45. Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Manizales (Colombia): Resultados desde WHO DAS II Manizales: Universidad Autónoma de Manizales; 2010.
46. Organización Mundial de la Salud. Medición de la Salud y la Discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0. 2015.
47. Garin O, Ayuso Mateos J, Almansa J, Nieto M, Chatterji S, Vilagut G, et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8 (51).
48. Abedzadeh M, Razine, Sehat M, Asadi-Lari M. Propiedades psicométricas del calendario de evaluación de la discapacidad de la organización mundial de la salud II -12 Artículo (WHODAS II) en pacientes con traumatismo. *Lesión*. 2016; 47 (5): 1104-8.
49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P., Fundamentos de metodología de la investigación. Madrid: McGraw-Hill; 2010.
50. Mukaka MM. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*. 2012; 24 (3):69-71.
51. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 08430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá; 1993.
52. Kowal, P., et al. Ageing and adult health status in eight lower-income countries: the INDEPTH WHO-SAGE collaboration. *Global health action*, 2010, vol. 3, no 1, p. 5302.
53. Sen A. Sobre conceptos y medidas de pobreza. Eumet.net [Internet].1992. Disponible en: <https://bit.ly/2oSxCm1>.
54. Wong, R., Espinoza, M., & Palloni, A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud pública de México*, 2007, 49: s436-s447.

55. Ćwirlej S, A., et al. Analysis of health, functioning and disability of rural inhabitants aged 60–80 living in south-eastern Poland—a cross sectional study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2017, p. 0-0.
56. Hernández M. El estudio de la pobreza y la exclusión social, Aproximación cuantitativa y cualitativa. *Revista DOAJ* [Internet]. 2010; Disponible en: <https://bit.ly/2JgJpr5>.
57. Bircher, J., Kuruvilla, S., Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *Journal of public health policy*, 2014, vol. 35, no 3, p. 363-386.
58. Frick, U., Irving, H., y Rehm, J., Social relationships as a major determinant in the valuation of health states. *Quality of Life Research*, 2012, vol. 21, no 2, p. 209-213.
59. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. En: Evans T, editor. *Challenging inequities in health – from ethics to action*. Challenging inequities in health – from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001.
60. Rubio Encarnación, Comín Magdalena, Montón Gema, Martínez Tomás, Magallón Rosa, García-Campayo Javier. Determinants of the functional capacity in older people by gender. *Gerokomos* [Internet]. 2013 Jun [citado 2018 Ago 29]; 24(2): 69-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134928X201300020004>.
61. Tamayo Mauro, Besoain Álvaro, Rebolledo Jaime. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 Feb [citado 2018 Ago 29]; 32(1): 96-100. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000100096&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
62. Peñaranda C, F, Otálvaro C, GJ. El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis de la salud pública. *Revista*

Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2013;31. Disponible:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727001>

63. Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P., WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 2012, 380(9846), 1011-1029.
64. Braveman, P., & Gottlieb, L., The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*, 129(1_suppl2), 2014, 19-31.
65. Ahnquist, Johanna; Wamala, Sarah P.; Lindstrom, Martin. Social determinants of health—a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science & Medicine*, 2012, vol. 74, no 6, p. 930-939.
66. Ingleby, David. Ethnicity, migration and the ‘social determinants of health’ agenda. *Psychosocial Intervention*, 2012, vol. 21, no 3, p. 331-341.
67. Gil-Obando LM, López-López A, Avila-Rendón CL, Criollo-Castro CH, Canchala-Obando AM, Serrato-Mendoza MP. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto - Nariño, Colombia. *Rev Univ. Salud*. 2016;18(3):505-513. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.55>
68. Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular: resultados desde el Who-Das II. *Rev. Cienc. Salud* 2011; 9 (2): 159-172
69. López LM, Villota DF. Relación entre el grado de discapacidad y nivel de independencia funcional en adultos con enfermedad cerebrovascular de Cartagena Colombia. *Cienciactual*. 2014;(4): 20-4
70. Phaswana-Mafuya, N., Peltzer, K., Ramlagan, S., Chirinda, W., & Kose, Z. Social and health determinants of gender differences in disability amongst older adults in South Africa. *Health SA Gesondheid (Online)*, 2013; 18(1): 1-9.
71. Flores S, Jiménez Dilworth AJ, Castellanos Dubón W, Alger J, Zúñiga L, Gonzales M, Maradiaga E, Sierra M. Prevalencia de discapacidad y sus

- características en población de 18 años de edad, Honduras Centro América, 2013-2014.
72. Rodríguez-Blázquez, C., Damián, J., Andrés-Prado, MJ, Almazán-Isla, J., Alcalde-Cabero, E., Forjaz, MJ, y de Pedro-Cuesta, J. Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations
73. Senadis. Caracterización General, Prevalencia Nacional de discapacidad en Chile [internet]. Disponible en: <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/3015>
74. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad, y de la salud en estudios de prevalencia de la discapacidad en las Américas. Washington, D.C. : OPS, © 2012 [internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/arg/images/Gallery/Varias/informecif.pdf?ua=1>
75. Serrano Ruíz C, Ramírez C, Abril JP, Ramón L, Guerra L, Clavijo G . Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud [Internet]. 2013;45(1):41-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343833959006>
76. Marjan L.M, Mendieta C.D, et al. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Salud Mental [internet] 2014; 37:509-516. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600009
77. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud. [internet] Enero de 2018. Available Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
78. Comisión Honoraria del Discapacitado, República Oriental del Uruguay. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, [internet] pág. 10-12. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/discapacidad/discapacidad.pdf>
79. Universidad estatal de Bolívar. La Gestión empresarial e institucional en la inserción laboral de las personas con discapacidad en la ciudad de Riobamba

provincia de Chimborazo en el año 2007 – 2008. Disponible en:
<http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/37/1/0015.pdf> 118.

80. Tamayo M, Besoain A, Rebolledo J. Determinantes Sociales de la Salud y Discapacidad: actualizando el modelo de determinación. Gac.Sanit.,2018 [internet].;32 (1):96-100 Disponible en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/BBF1D2CA7AFC50B05EDD582349E967A71F5CD019BFE7BFCC537053268110AE045797772D2C3DF2FC71D7493B72B8BF58>
81. Herazo B, Domínguez A. Correlación entre Pobreza Extrema y Discapacidad en los Departamentos de Colombia.Cienc. innov. salud. Junio 2013 [internet]; 1 (1):11 – 17. Universidad Simón Bolívar (Col). ISSN: 2344-8636. Disponible en:
<http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/innovacionsalud>

12 ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMINETO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN

EN INVESTIGACIONES

INVESTIGACIÓN: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES EL GRADO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS – ESTUDIO MULTICENTRICO

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a XXXXX CC: XXXXXXXX y XXXXX CC XXXX, estudiantes de la maestría en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Aplicación del instrumento de Caracterización de los Determinantes Sociales de la Salud
2. Aplicación del Instrumento WHO DAS 2.0 para evaluación de la discapacidad.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación a familias de personas en condición de discapacidad
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.
- Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Entrevistado: _____

HUELLA

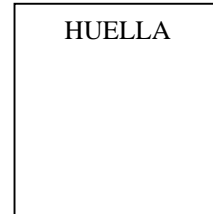
Firma: _____

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Testigo: _____

Firma: _____



Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No ____ de ____ de 2017

Anexo 2. Recolección de Información

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

GRUPO DE INVESTIAGCIÓN CUERPO - MOVIMIENTO

PROYECTO: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES EL GRADO DE DISCAPACIDAD
EN PERSONAS MAYORES DE 18 ANOS – CIÉNAGA MAGDALENA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Objetivo: Establecer los Determinantes Sociales de la Salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años.

Determinantes Sociales de la Salud.

Sexo: Masculino. _____ Femenino. _____ Edad en años : _____

Etnia:

Negro _____

Raizal _____

Palenquero _____.

Gitano _____

Indígena _____

Mestizo _____

Estado civil:

Nunca ha estado casado _____

Actualmente esta casado. _____

Separado _____

Divorciado _____

Viudo _____

Viviendo en pareja _____

En que barrio vive usted actualmente: _____

Área:

Urbana _____

Rural _____

Nivel educativo:

Ninguno _____

Preescolar incompleto _____

Preescolar completo _____

Básica Primaria incompleto _____

Básica Primaria completa _____

Básica Secundaria incompleta _____

Básica Secundaria completa _____

Técnico o tecnólogo incompleto _____

Técnico o tecnólogo completo _____

Universitario sin título _____

Universitario con título _____

Posgrado incompleto _____

Postgrado completo _____

Está afiliado a Seguridad General de Seguridad Social:

Si _____

No _____

Tipo de afiliacion:

Contributivo _____

Subsidiado _____

Pobre no afiliado _____

No sabe _____

Circunstancias materiales del trabajo

Ingreso mensual promedio: _____

Recibe pension por la discapacidad:

1-Si _____

2-No _____

Cuántas horas trabaja al mes: _____

Cuanto lleva trabajando: _____

Qué tipo de contrato de trabajo tiene:

A termino fijo _____

A término indefinido _____

Sin contrato _____

Otro: _____ Cuál: _____

Condiciones de seguridad en el trabajo:

Buenas _____

Regulares _____

Malas _____

Niveles de ruido en el lugar donde trabaja

Alto ____

Muy alto ____

Medio ____

Bajo ____

Está Expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor):

1-Sí ____

2No ____

En que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo:

Caminando ____

Vehiculo particular ____

Transporte publico ____

Otro: ____ Cual: _____

Qué actividad realizaba antes de la discapacidad:

Sin actividad ____

Trabajando ____

Buscando trabajo ____

Estudiando ____

Oficios del hogar ____

Jubilado o pensionado ____

Otro ____ Cual _____

Tipo de vivienda

En este momento usted habita en:

Casa _____

Apartamento _____

Cuarto _____

Institución pública _____

Institución privada _____

Calle _____

Otro tipo de vivienda. ____ Cual _____

El inmueble que está habitando en este momento es:

Arrendada _____

Pagando propia _____

Propia pagada _____

Otra condición: ____ Cual: _____

Número de personas en el hogar _____

Número de personas con quien comparte la vivienda: ____

Con quien vive actualmente (puede marcar varias opciones)

Solo ____

Pareja ____

Papá ____

Mamá ____

Familiares ____

Amigos ____

Otros _____ Cual _____

Utiliza ortesis y/o prótesis Si _____ No _____

Cual(es) ortesis y/o prótesis _____

Recibe Servicios de Rehabilitación Si _____ No _____

A que Factores atribuye su recuperación?-Los servicios de (puede marcar varias opciones)

salud y servicios recibidos _____

Apoyo familiar _____

Empeño por salir adelante _____

A Dios _____

Medicina alternativa _____

Otro _____ Cual _____

Tipo de Rehabilitación Ordenada (puede marcar varias opciones)

Medicina física y de Rh _____

Psiquiatría _____

Fisioterapia _____

Fonoaudiología _____

Terapia ocupacional _____

Optometría _____

Psicología _____

Trabajo social _____

Medicamentos permanentes _____

Otro tipo de Rh _____ Cuál _____

Quien paga la rehabilitación (puede marcar varias opciones)

SGSS _____

Familia _____

Personalmente _____

ONG _____

Empleado _____

Otro _____ cual _____

Porque no recibe Rehabilitación

Ya termino la rehabilitación _____

Cree que ya no lo necesita _____

No le gusta _____

Falta de dinero _____

Lejanía del Centro de atención _____

No hay quien lo lleve _____

No sabe _____

Sin dato _____

Cuantos Años lleva sin rehabilitación: _____ Años

Anexo 3.

Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad 2.0

WHODAS 2.0



QUESTIONARIO PARA LA

EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 36-preguntas, Administrada – Entrevista

Dominio 1 Comprensión y Comunicación

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre comprensión y comunicación.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / no puede hacerlo
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1	2	3	4	5
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	1	2	3	4	5
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	1	2	3	4	5
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	1	2	3	4	5
D1.6	Iniciar o mantener una conversación?	1	2	3	4	5

Dominio 2 Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de moverse en su alrededor (entorno).

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / no puede hacerlo
D2.1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2	Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?	1	2	3	4	5
D2.3	Moverse dentro de su casa?	1	2	3	4	5
D2.4	Salir de su casa?	1	2	3	4	5
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	1	2	3	4	5

Dominio 3 Cuidado Personal

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su cuidado personal.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / no puede hacerlo
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	1	2	3	4	5
D3.2	Vestirse?	1	2	3	4	5
D3.3	Comer?	1	2	3	4	5
D3.4	Estar solo(a) durante unos días?	1	2	3	4	5

Dominio 4 Relacionarse con otras personas

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de relacionarse con otras personas.

Por favor, recuerde que solo le estoy preguntando acerca de dificultades debidas a problemas de salud física (tales como enfermedades o lesiones), problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / no puede hacerlo
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
D4.2	Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
D4.4	Hacer nuevos amigos?	1	2	3	4	5
D4.5	Tener relaciones sexuales?	1	2	3	4	5

Dominio 5 Actividades de la vida diaria

5(1) Quehaceres de la casa

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implican el realizar sus quehaceres de la casa, cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas. Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / no puede hacerlo
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa?	1	2	3	4	5
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	1	2	3	4	5
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.2 –D5.5 se puntúa por encima de 1 (ninguna), pregunte:

D5.01	En los últimos 30 días, durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su “condición de salud”?	Anote el número de días _____
--------------	--	-------------------------------

5(2) Trabajo y actividades escolares

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo o las actividades escolares.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / no puede hacerlo
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	1	2	3	4	5
D5.7	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	1	2	3	4	5
D5.8	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5
D5.9	Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su “condición de salud”?				NO	1
					SI	2
D5.10	Ha ganado menos dinero debido a su “condición de salud”?				NO	1
					SI	2

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.5 –D5.8 se puntúa por encima de 1(ninguna), pregunte:

D5.02	En los últimos 30 días, cuantos días faltó a su trabajo (medio día o más horas) debido a su “condición de salud”?	Anote el número de días _____
--------------	---	-------------------------------

Dominio 6 Participación en Sociedad

Ahora voy a hacerle unas preguntas relacionadas con su participación en la sociedad, y con el impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia. Es posible, que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, es importante que a la hora de contestarlas se refiera exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo le recuerdo que al contestar a cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / no puede hacerlo
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	1	2	3	4	5
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma?	1	2	3	4	5
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su “condición de salud”?	1	2	3	4	5
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su “condición de salud”?	1	2	3	4	5
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	1	2	3	4	5

D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	1	2	3	4	5
H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días _____				
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____				
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____				

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

Anexo 4. Sintaxis WHODAS 2.0

RECODE

D1_1

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D11.

RECODE

D1_2

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D12.

RECODE

D1_3

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D13.

RECODE

D1_4

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D14.

RECODE

D1_5

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D15.

RECODE

D1_6

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D16.

RECODE

D2_1

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D21.

RECODE

D2_2

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D22.

RECODE

D2_3

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D23.

RECODE

D2_4

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D24.

RECODE

D2_5

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D25.

RECODE

D3_1

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D31.

RECODE

D3_2

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D32.

RECODE

D3_3

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D33.

RECODE

D3_4

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D34.

RECODE

D4_1

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D41.

RECODE

D4_2

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D42.

RECODE

D4_3

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D43.

RECODE

D4_4

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D44.

RECODE

D4_5

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D45.

RECODE

D5_1

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D51.

RECODE

D5_2

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D52.

RECODE

D5_3

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D53.

RECODE

D5_4

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D54.

RECODE

D6_1

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D61.

RECODE

D6_2

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D62.

RECODE

D6_3

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D63.

RECODE

D6_4

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D64.

RECODE

D6_5

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D65.

RECODE

D6_6

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D66.

RECODE

D6_7

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D67.

RECODE

D6_8

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D68.

RECODE

D5_5

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D55.

RECODE

D5_6

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D56.

RECODE

D5_7

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D57.

RECODE

D5_8

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D58.

Para los puntajes totales de los dominios (do), en donde el dominio 1 es abreviado como Do1, el dominio 2 como Do2, etc.

calcule $Do1 = (d11+d12+d13+d14+d15+d16)*100/20$.

calcule $Do2 = (d21+d22+d23+d24+d25)*100/16$.

calcule $Do3 = (d31+d32+d33+d34)*100/10$.

calcule Do4 = $(d41+d42+d43+d44+d45)*100/12$.

calcule Do51 $(d51+d52+d53+d54)*100/10$.

calcule Do52 = $(d55+d56+d57+d58)*100/14$.

calcule Do6 = $(d61+d62+d63+d64+d65+d66+d67+D68)*100/24$.

Para el puntaje total de WHODAS 2.0 sin las preguntas sobre el trabajo remunerado:

calcule

$st_s32=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41$
 $+D42+D43+D44+D45+D51+D52+D53+D54+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68$
 $)*100/92$.

Para el puntaje total de WHODAS 2.0 con las preguntas sobre el trabajo remunerado:

calcule

$st_s36=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41$
 $+D42+D43+D44+D45+D51+D52+D53+D54+D55+D56+D57+D58+$
 $D61+D62+$
 $D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/106$.

Anexo 5. Resultados SPSS

Tablas de asociación entre los Determinantes sociales de la salud estructurales con grado de discapacidad.

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Sexo	Femenino	3	63	45	10	121	1,567 (0,667)
	Masculino	4	55	29	7	95	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Edad Recodificada	Menor de 45 años	6	44	25	3	78	24,035 (0,001)
	Entre 46 y 65 años	1	46	24	2	73	
	Mayor de 65 años	0	28	25	12	65	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Estado Civil	Nunca se ha casado	3	36	21	5	65	23,412 (0,076)
	Actualmente está casado	1	27	12	4	44	
	Separado	0	10	12	0	22	
	Divorciado	0	2	6	1	9	
	Viudo	0	15	12	6	33	
	Viviendo en pareja	3	28	11	1	43	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Estrato Social	1	2	49	48	9	108	15,448 (0,017)
	2	5	43	16	5	69	
	3	0	26	10	3	39	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Área	Urbana	7	108	54	14	183	13,448 (0,004)
	Rural	0	10	20	3	33	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Nivel Educativo	Ninguno	0	15	14	8	37	44,709 (0,041)
	Preescolar incompleto	0	4	4	1	9	
	Preescolar completo	0	1	4	0	5	
	Básica Primaria incompleto	0	19	7	1	27	
	Básica Primaria completa	1	17	9	4	31	
	Básica Secundaria incompleto	2	14	15	1	32	
	Básica Secundaria completo	3	32	13	1	49	

	Técnico o tecnológico incompleto	1	1	1	0	3
	Técnico o tecnológico completo	0	7	2	1	10
	Universitario sin título	0	0	1	0	1
	Universitario con título	0	8	4	0	12

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Etnia	Negro	0	1	0	0	1	1,677 (0,947)
	Indígena	0	1	0	0	1	
	Mestizo	7	116	74	17	214	
Total		7	118	74	17	216	

Anexo 6.

Tablas de Asociación entre los Determinantes sociales de la salud intermedios con grado de discapacidad.

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Está afiliado a Seguridad General de Seguridad Social	No	0	5	6	0	11	2,859 (0,414)
	Si	7	113	68	17	205	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de afiliación	Contributivo	1	36	26	3	66	9,184 (0,420)
	Subsidiado	6	77	42	14	139	
	Pobre no afiliado	0	0	2	0	2	
	Régimen especial	0	5	4	0	9	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Ingreso	sin ingresos	3	60	57	16	136	

	hasta 1 salario mínimo	2	41	13	0	56	25,887 (0,002)
	hasta 2 salarios mínimos	2	12	3	1	18	
	más de 2 salarios mínimos	0	5	1	0	6	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Recibe pensión por discapacidad	No	7	116	71	16	210	1,765 (0,622)
	Si	0	2	3	1	6	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Horas mensuales	Menos de 80 horas mes	5	88	66	17	176	13,235 (0,039)
	Entre 81 y 160 horas mes	2	17	5	0	24	
	Mas de 160 horas mes	0	13	3	0	16	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		

Tiempo trabajo	o meses	3	74	64	17	158	39,799 (0,000)
	entre 1 y 12 meses	3	7	3	0	13	
	entre 13 y 60 meses	0	15	4	0	19	
	entre 61 y 120 meses	0	6	0	0	6	
	mas de 120 meses	1	16	3	0	20	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Qué tipo de contrato de trabajo tiene	A término fijo	0	5	0	0	5	20,127 (0,017)
	A término Indefinido	0	4	0	0	4	
	Sin contrato	3	24	7	0	34	
	Otro	4	85	67	17	173	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Condiciones de seguridad en el trabajo	Buenas	1	23	5	0	29	25,587 (0,002)
	Regulares	3	20	5	0	28	
	Malas	0	1	0	0	1	
	No aplica	3	74	64	17	158	

		GRADO DE DISCAPACIDAD					
--	--	-----------------------	--	--	--	--	--

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	CHI (P valor)
Niveles de ruido en el lugar de trabajo	Alto	0	8	1	0	9	25,442 (0,013)
	Muy alto	1	7	1	0	9	
	Medio	2	17	5	0	24	
	Bajo	1	12	3	0	16	
	No aplica	3	74	64	17	158	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Está expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor)	No	3	96	69	17	185	18,517 (0,000)
	Si	4	22	5	0	31	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
En que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo	Caminando	0	15	7	0	22	33,102 (0,001)
	Vehículo particular	1	7	0	0	8	
	Trasporte público	0	4	0	0	4	

otro	3	18	3	0	24
No aplica	3	74	64	17	158

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Qué actividad realizaba antes de la discapacidad	Sin actividad	0	24	17	3	44	25,113 (0,048)
	Trabajando	4	63	31	10	108	
	Buscando trabajo	0	6	5	0	11	
	Estudiando	3	11	3	0	17	
	Oficios del hogar	0	13	17	4	34	
	Otro	0	1	1	0	2	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
En este momento usted habita en	Casa	3	96	55	15	169	16,144 (0,185)
	Apartamento	2	15	11	0	28	
	Cuarto	2	5	5	2	14	
	Institución Pública	0	1	3	0	4	
	Otro tipo de vivienda	0	1	0	0	1	

		GRADO DE DISCAPACIDAD					
--	--	-----------------------	--	--	--	--	--

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	CHI (P valor)
El inmueble que está habitado en este momento es	Arrendada	2	37	18	3	60	14,432 (0,108)
	Pagando propia	0	11	8	6	25	
	Propia pagada	3	59	40	7	109	
	Otra condición	2	11	8	1	22	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Numero de habitantes recodificado	Menos de 3 personas	1	45	29	11	86	10,850 (0,093)
	Entre 4 y 6 personas	6	53	31	3	93	
	Mas de 6 personas	0	20	14	3	37	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Con quién vive actualmente: Solo	No	7	113	71	17	208	1,043 (0,791)
	Si	0	5	3	0	8	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		(P valor)
Con quién vive actualmente: Pareja	No	4	73	53	12	142	2,331 (0,507)
	Si	3	45	21	5	74	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		(P valor)
Con quién vive actualmente: Papá	No	6	112	68	17	203	2,688 (0,442)
	Si	1	6	6	0	13	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		(P valor)
Con quién vive actualmente: Mamá	No	6	108	69	15	198	

							0,831
	Si	1	10	5	2	18	(0,842)

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Con quién vive actualmente: Familiares	No	0	19	12	3	34	1,378 (0,711)
	Si	7	99	62	14	182	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Con quién vive actualmente: Amigos	No	7	118	71	17	213	5,838 (0,120)
	Si	0	0	3	0	3	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Utiliza ortesis y/o Prótesis	No	1	52	29	0	82	13,984 (0,003)
	Si	6	66	45	17	134	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Recibe Servicios de Rehabilitación	No	2	75	50	5	132	11,902 (0,008)
	Si	5	43	24	12	84	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
¿A qué factores atribuye su recuperación? Los servicios de salud y servicios recibidos	No	5	89	54	2	150	29,090 (0,000)
	Si	2	29	20	15	66	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
¿A qué factores atribuye su recuperación? Apoyo familiar	No	1	21	25	0	47	12,331 (0,006)
	Si	6	97	49	17	169	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
¿A qué factores atribuye su recuperación? Empeño por salir adelante	No	2	73	50	5	130	11,460 (0,009)
	Si	5	45	24	12	86	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
¿A qué factores atribuye su recuperación? A Dios	No	3	22	6	0	31	11,591 (0,009)
	Si	4	96	68	17	185	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
¿A qué factores atribuye su recuperación? Medicina alternativa	No	6	114	73	17	210	4,640 (0,200)
	Si	1	4	1	0	6	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicina física y de Rh	No	6	107	68	10	191	16,059 (0,001)
	Si	1	11	6	7	25	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de rehabilitación ordenada: Psiquiatría	No	7	117	72	17	213	1,523 (0,677)
	Si	0	1	2	0	3	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de rehabilitación ordenada: Fisioterapia	No	2	76	52	5	135	13,469 (0,004)
	Si	5	42	22	12	81	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de rehabilitación ordenada: Fonoaudiología	No	5	102	63	7	177	21,741 (0,000)
	Si	2	16	11	10	39	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de rehabilitación ordenada: Terapia ocupacional	No	4	93	67	14	178	7,510 (0,057)
	Si	3	25	7	3	38	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de rehabilitación ordenada: Optometria	No	7	117	72	16	212	2,601 (0,457)
	Si	0	1	2	1	4	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de rehabilitación ordenada: Psicología	No	5	105	67	17	194	4,647 (0,200)
	Si	2	13	7	0	22	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de rehabilitación ordenada: Trabajo Social	No	6	117	73	17	213	8,994 (0,029)
	Si	1	1	1	0	3	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicamentos permanentes	No	5	108	63	9	185	19,278 (0,000)
	Si	2	10	11	8	31	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Quien paga la rehabilitación? SGSS	No	2	80	54	5	141	16,073 (0,001)
	Si	5	38	20	12	75	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Quien paga la rehabilitación? Familia	No	7	117	71	17	212	3,082 (0,379)
	Si	0	1	3	0	4	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Quien paga la rehabilitación? Personalmente	No	7	114	73	17	211	1,476 (0,688)
	Si	0	4	1	0	5	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Quien paga la rehabilitación? ONG	No	7	118	74	17	216	
	Si	7	118	74	17	216	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Quien paga la rehabilitación? EMPLEADO	No	7	118	74	17	216	
	Si	7	118	74	17	216	

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Por qué no recibe rehabilitación	Ya terminó la rehabilitación	1	22	1	1	25	30,850 (0,076)
	Cree que no la necesita	0	10	2	0	12	
	No le gusta	1	5	5	0	11	
	Falta de dinero	0	13	10	1	24	

	Lejanía del centro de atención	0	4	8	1	13
	No hay quien lo lleve	0	1	1	0	2
	No sabe	0	17	19	2	38
	Sin dato	0	3	4	0	7

		GRADO DE DISCAPACIDAD				Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
años sin rehabilitación	en rh	5	43	24	12	84	13,690 (0,033)
	entre 1 y 10 años sin rh	2	44	25	3	74	
	entre 11 y 60 años sin rh	0	31	25	2	58	