

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD
EN SANTIAGO DE CALI, 2012.RESULTADOS DESDE EL REGISTRO
PARA LA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD**

**Investigadores y Directores de Tesis
JOSE ARMANDO VIDARTE CLAROS
CONSUELO VELEZ ALVAREZ**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD**

GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO- MOVIMIENTO

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y SU RELACION
CON LA DISCAPACIDAD EN SANTIAGO DE CALI, 2012.RESULTADOS
DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y
CARACTERIZACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

TESISTA

JULIAN DAVID CERON BEDOYA

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO- MOVIMIENTO**

TABLA DE CONTENIDO

	Pagina
1. Titulo	1
1.1 Resumen ejecutivo	8
1.2 Resumen académico	10
2 Descripción del proyecto	12
2.1 Planteamiento de la pregunta o problema de investigación y su justificación en términos de necesidad y pertinencia	12
2.2 Problema de investigación	19
2.3. Objetivos	19
2.3.1 Objetivo general	19
2.3.2 Objetivos específicos	19
3. Referente teórico	20
3.1 Determinantes Sociales de la Salud	
3.2 Discapacidad en la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud	32
4. Operacionalización de variables	38
5. Metodología	56
5.1 Tipo de estudio	56
5.2 Población y muestra	56
5.3 Procedimiento de valoración de la muestra	56
5.3.1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio	56
5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
6. Disposiciones vigentes	57
7. Resultados	57

7.1 Determinantes sociales de la salud Estructurales	57
7.2 Determinantes Sociales de la Salud Intermedios	66
7.3 Caracterización de la discapacidad según la CIF	73
7.4 Relación determinantes sociales de las saludes estructurales e intermedios y discapacidad	74
8. Discusión de los resultados	82
9. Conclusiones	96
10. Recomendaciones	100
11. Costo total del proyecto	101
12. Referencias bibliográficas	102
13. Anexos	

LISTA DE TABLAS

	Página
1. Tabla 1. Distribución de la variables estructurales relacionadas con las características sociodemográficas	50
2. Tabla 2. Distribución de las variables estructurales relacionadas con las barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía	52
3. Tabla 3. Distribución de las variables estructurales relacionadas con el origen de la discapacidad	53
4. Tabla 4. Distribución de las variables intermedias relacionadas con la Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud	54
5. Tabla 5. Distribución de las variables intermedias relacionadas con las condiciones materiales de trabajo	55
6. Tabla 6. Distribución de las variables intermedias relacionadas con las condiciones de vivienda	56
7. Tabla 7. Distribución de las variables intermedias relacionadas con los servicios de rehabilitación	57
8. Tabla 8. Caracterización de los componentes de la discapacidad, en la población con discapacidad en Cali	60
9. Tabla 9. Relación entre Determinantes sociales de la salud estructurales y restricciones en la participación	62
10. Tabla 10. Relación entre Determinantes sociales de la salud intermedios y restricciones en la participación	67

LISTA DE FIGURAS

	Página
1. Figura 1. Principales determinantes en salud	20

1. TITULO: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DISCAPACIDAD EN SANTIAGO DE CALI, 2012: RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

1.1 RESUMEN EJECUTIVO

Título: Determinantes sociales de la salud y discapacidad en Santiago de Cali, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad.		
Investigadores y Directores: José Armando Vidarte Claros, Consuelo Vélez Álvarez		
Coinvestigadores: Julián Cerón		
Nombre del Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento (UAM) Colciencias Clasificación A1.		
Entidad: Universidad Autónoma de Manizales		
Representante Legal: Gabriel Cadena Gómez	Cédula de ciudadanía: 5.565.569	De: Bucaramanga
Dirección: Antigua Estación del Ferrocarril	Teléfono (68)8727519	Fax(68) 8727272
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: <input checked="" type="checkbox"/>	Entidad Pública: <input type="checkbox"/> ONG: <input type="checkbox"/>
Lugar de Ejecución del Proyecto: Santiago de Cali.		
Duración del Proyecto (en meses): 24 meses		
Tipo de Proyecto:		
investigación Básica: <input type="checkbox"/>	Investigación Aplicada: <input checked="" type="checkbox"/>	Desarrollo Tecnológico o Experimental: <input type="checkbox"/>
Valor total del Proyecto: \$60.896.304		
Palabras clave: Determinantes sociales, discapacidad, clase social, escolaridad, empleo (DeCS).		
Nombres completos, direcciones electrónicas e instituciones de 3 investigadores expertos en el tema de su propuesta y que estén en capacidad de evaluar proyectos en esta temática		
Juliette Agamez Triana. Jagamez@autonoma.edu.co		
Israel Cruz Velandia icruz@urosario.edu.co		
Bellazmín Arenas Quintana bellazminaq@hotmail.com		

1.2 RESUMEN

Introducción: **Existen evidencias que muestran que las condiciones de vida y de trabajo tienen un mayor impacto en la salud de las personas que el cuidado de la salud como tal. Aspectos como el tipo de vivienda, ingresos económicos, actividades y tensiones laborales y educativas, son factores que pueden hacer más saludable una región, área o población con características especiales en particular que otra. Es por eso que al hablar de determinantes sociales de la salud, es hacer un abordaje de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación a las causas últimas o estructuras de los problemas de salud y de recuperar estrategias de salud para todos [1], en este caso la población en condición de discapacidad de Santiago de Cali, basado en el registro para la Localización y Caracterización de las Personas en Situación de Discapacidad del Año 2008.** Objetivo. **Establecer la relación** entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en Santiago de Cali. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo con una fase correlacional. Para la interpretación se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y su relación con la discapacidad. **Resultados:** se establece que la población con discapacidad de Santiago de Cali, hay mayor predominio de vivienda en estrato 1 y 2, bajo porcentaje de nivel educativo, principalmente en educación superior, hay más personas con discapacidad de raza mestiza, el régimen subsidiado es el principal sistema de afiliación a salud, las tasa de personas que laboran son inferiores en comparación al de las personas sin discapacidad y al de las personas con discapacidad de otros países, con ingresos inferiores al salario mínimo mensual legal vigente. Referente a discapacidad se identificó que las principales deficiencias y limitaciones están orientadas al movimiento corporal humano, sistema nervioso, sistema visual y el sistema cardiorrespiratorio; se atribuye a la falta de dinero como la principal causa de inasistencia a servicios de rehabilitación, justificando el promedio de 12 años sin recibir tratamiento de

rehabilitación **Conclusiones:** se evidencia la inequidad social para las personas en condición de discapacidad en Santiago de Cali, confirmando que la salud está ligada a factores socioeconómicos y socioculturales.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1 PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACION Y SU JUSTIFICACION EN TERMINOS DE NECESIDAD Y PERTINENCIA

Retomando algunos elementos planteados por Álvarez [1] donde manifiesta como el análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales 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 [2-5], además es un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología [6-9].

Hablar de determinantes sociales de la salud, es hacer un abordaje de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación a las causas últimas o estructuras de los problemas de salud y de recuperar estrategias de salud para todos[1]. Solar e Irwin citados por Álvarez [1], manifiestan que lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.

En el año 1975 las cifras mundiales de la discapacidad estimaban que un 12,3% de la población mundial presentaba alguna discapacidad, es decir, un número aproximado de 490 millones de personas [2]. En el año de 1976 el dato más citado de prevalencia de la discapacidad fue el de la OMS, que corresponde al 10% de prevalencia global, es decir, de la población de cada país aproximadamente el 10% presenta algún tipo de discapacidad [3,4]

Para fines del siglo XX la Organización Panamericana de la Salud calculó que unas 83 millones de personas con discapacidad vivían en la región de las Américas, y 53 millones de ellas en Latinoamérica y el Caribe. En cuanto a esta última región la información sobre la discapacidad es limitada así como en la

mayoría de los países en desarrollo. Sin embargo, 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 al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo [5]. Esta situación está directamente relacionada con la pobreza que se vive en muchos de los países de la región. De hecho, es de amplio conocimiento que la discapacidad tiene una relación directa con la pobreza [6]. Uno de los problemas que ha dificultado la consolidación de los perfiles en discapacidad en el contexto internacional se encuentra representado en la imposibilidad de tener fuentes fidedignas de información y en la utilización de variados métodos de análisis de la misma tal como lo expresa el Banco Interamericano de desarrollo en su informe (BID)[7] en el cual se presentan las cifras de prevalencia de discapacidad en algunos países de latino América con datos que pasan de una prevalencia en Perú en 1993 del 13.1% pasando por Costa rica 9.3% para 1998 y llegando a la más baja para Colombia en 1993 de 1.2%.

Unos 600 millones de personas en el mundo presentan algún tipo de discapacidad, el 80% de ellas vive en países de bajos ingresos y la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de rehabilitación [9].

En Colombia, en el año 2005 el DANE realizó el censo poblacional en el cual se indagó tratando de conocer el total de la población con discapacidad, los resultados arrojados muestran como del total de la población colombiana (41.242.948 personas) el 6.4% poseen algún tipo de discapacidad permanente, que en cifras absolutas corresponde aproximadamente a 2.639.548 personas [10]

El Ministerio de Salud de Colombia en 2002, con base en el estimativo del 12% para la población mundial, estimó que cerca de cuatro millones y medio de personas presentan algún tipo de limitación [11]. El censo poblacional del DANE de 1993 estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente

(1.9% de la población de entonces) presentaba discapacidad [12]. Por su parte en censo realizado en el 2005 estimó una tasa de prevalencia de discapacidad del 6,4% para la población general basada en las personas que reportaron mínimo una limitación permanente para realizar alguna actividad de la vida diaria [13]

Los únicos datos que muestran información relacionada con la discapacidad en Colombia, se extraen del consolidado del registro para localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe en 2009[14]. Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas en situación de discapacidad de 829 municipios del país. Según estos reportes, la población con discapacidad en su mayoría son de escasos recursos, pertenece en general a los estratos 1 y 2, un gran porcentaje no se encuentra afiliada al SGSSS, se encuentran ubicados en las cabeceras municipales y el grupo de edad más afectado es el de los mayores de 60 años, principalmente del género femenino, prevalece un bajo nivel educativo en la población registrada y se encuentra un alto porcentaje de inasistencia escolar. El desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población, donde 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.

Por su parte el análisis que realizó en el mismo documento la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe de Bogotá respecto al módulo acerca de discapacidad de la Encuesta Nacional de Salud 2007 del Ministerio de la Protección Social en la cual se analizan variables de funcionamiento y discapacidad sentida de acuerdo a la severidad de las dificultades, así como algunas variables sociodemográficas, muestra que del total de encuestados, el 47,5% de la población fueron hombres y 52,5% mujeres en los cuales

prevalecen las dificultades de tipo leve y moderada, siendo las dificultades para bañarse, vestirse y mantener una amistad, las que más sobresalen. La distribución por sexo de las personas que respondieron tener algún grado de dificultad, muestra que en el caso de 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. Con respecto al estado de salud durante los últimos treinta días, las personas con dificultades extremas para bañarse y vestirse son quienes presentan reportan percibir el peor estado de salud en los últimos 30 días, en comparación con las personas que presentan dificultades leves o moderadas. En cuanto a la discapacidad en términos de limitaciones permanentes estos estudios muestran como Al caracterizar las alteraciones permanentes de acuerdo con el número de personas en el registro, se observa que las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo fueron las más frecuentes con un 48.8% (366437/750.378), seguidas por las del sistema nervioso con el 41.7% (312976/750.378) y la visión con 40.9% (307432/750.378). De igual forma el 30.5% (228.632) refirió las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como aquella que más le afectaba, seguidas por el sistema nervioso 20.5% (154.015) y el sistema cardiorrespiratorio y las defensas con 14.9% (112.385)

La distribución por grupos de edad muestra que los grupos de 0 a 4 años, 5 a 14 y 15 a 44 años tienen una mayor proporción de alteraciones de la voz y el habla, el grupo de 45 a 59 años de alteraciones en la digestión y el sistema cardiorrespiratorio y en los mayores de 60 años de alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio, oídos, movimiento, ojos etc.

En relación con los determinantes sociales de la salud esta situación se encuentra condicionada por malas condiciones de vida, dificultades en el acceso a los servicios de salud, bajo nivel educativo y limitadas posibilidades de empleo que agravan de manera sustancial la evolución del problema [3,4]

Este panorama en el contexto internacional y nacional con muchos datos relevantes no permiten por sí mismos un completo conocimiento y

acercamiento a la complejidad del tema, lo que reflejan en el fondo es que el evento de la discapacidad lleva inmerso una serie de factores que marcan la diferencia entre regiones y se encuentran estrechamente relacionados, ellos tienen que ver con la manera como este colectivo vive, sus determinantes sociales de la salud, se convierten en la manera de ver la discapacidad en un análisis diferente al tradicional y que proporcione una mayor información al respecto.

Establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y al discapacidad obliga a reconocer en primera medida la relevancia que actualmente presenta el concepto de determinantes sociales y su relación directa con la discapacidad en el contexto colombiano.

Este trabajo se constituye en un estudio pionero y de referencia en el ámbito de la discapacidad, que fortalecerá los procesos de intervención interdisciplinar desde los procesos de promoción, prevención, terapéutica y rehabilitación. En la actualidad no existe uniformidad en cantidad, significados e importancia de cada una de las dimensiones de los determinantes sociales de la salud y cómo influyen en el desempeño global del individuo con discapacidad.

De esta forma, el presente trabajo aportó elementos que den cuenta de los determinantes sociales, se contará con información valiosa para que los diferentes actores del sistema de salud puedan enfocar sus acciones de manera más específica hacia esta población.

Los resultados de esta investigación pueden ser utilizados para generar nuevos proyectos de este tipo que aborden cada una de las temáticas desarrolladas en proyectos de desarrollo y programas de intervención específicos, así como por otros profesionales de la salud que tienen que ver con el estudio de los determinantes sociales y la discapacidad.

Por otro lado la investigación puede articularse con otros proyectos que se realizan en el grupo de investigación cuerpo movimiento de la UAM, desde la perspectiva de epidemiología y políticas públicas así como desde procesos de

intervención, constituyéndose a futuro en una línea de investigación. Este estudio nutre la línea de investigación “Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la salud” del grupo cuerpo movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales y fortalece en una perspectiva interdisciplinar el objeto de estudio de la maestría en discapacidad por ello, los resultados de este proyecto beneficiarán a la comunidad académica de la UAM, a las propias personas con discapacidad, a sus familias y a toda la sociedad, pues es en el colectivo humano donde la discapacidad emerge como otra categoría más que lo influencia.

La realización de este estudio aportó en la comprensión de los determinantes sociales de la salud, por colectivos de discapacidad de diferentes regiones del país, con la posibilidad de establecer diferencias que pueden darse entre ellos de acuerdo a aspectos sociodemográficos o culturales.

Además se podrán establecer aspectos particulares que muestran la importancia de una mirada amplia de la discapacidad desde el componente social, propiciando un aporte valioso a la comprensión de la discapacidad, que ha sido tradicionalmente entendida como un asunto del campo de la salud, considerando además la poca realización de estudios relacionados en el país. Se propone así un estudio que brinda contribuciones necesarias para explorar los determinantes sociales de la salud y su relación con la discapacidad, resaltándole como un asunto que exige ser fortalecido, conduciendo al mejoramiento de la salud; donde los actores llamados a la acción reorienten acciones en torno a dar respuestas a los determinantes sociales de la salud con enfoque holístico, intersectorial y buscando la participación social de los grupos afectados.

Condiciones de factibilidad

Esta investigación no requirió de materiales o equipos costosos o de difícil consecución, así mismo, se contará con la participación voluntaria de las diferentes secretarías de salud quienes facilitarán el acceso a la base de datos del registro DANE de discapacidad. Desde el punto de vista humano participarán docentes investigadores expertos desde los aspectos teórico, metodológico, de sistematización de la información y estadístico.

Desde el punto de vista ético, la investigación cumple con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [15], en la cual, no realizará procedimientos que atenten contra la integridad física y moral de las personas se empleará un cuestionario digital que corresponde a la base de datos del registro actual de localización y caracterización de las personas con discapacidad de Santiago de Cali. Para ello la secretaría de salud municipal fue invitada a participar en el estudio a través de comunicación escrita, facilitando la base de datos del registro de la ciudad respectiva al grupo investigador. En dicha comunicación se dejará claro que los datos serán utilizados para el proceso investigativo.

De acuerdo a la resolución 008430 artículo 11 el presente estudio se considera como “investigación con riesgo mínimo” [16], La información recogida se usará solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas. Si bien es claro que en el formato del registro establecido por el DANE se encuentra una reserva estadística (ley 79 de 2005) en la actualidad son las secretarías de salud las responsables de hacer la actualización del registro y su respectivo análisis por tanto es potestad de estas instituciones conceder la autorización para el manejo con fines investigativos de dichas bases de datos.

De esta manera el establecer los determinantes sociales de las personas con discapacidad se constituyó en una guía conductual que orienta a los individuos en relación con lo que deben hacer y delimitan tanto los objetivos como la manera de actuar en diferentes situaciones; por lo cual se generó la formulación de la siguiente pregunta de investigación

2.2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en Santiago de Cali?

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en Santiago de Cali.

2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer los determinantes sociales de la salud estructurales de los participantes a partir del registro de Discapacidad en Santiago de Cali
2. Identificar los determinantes sociales de la Salud intermedios de los participantes a partir del registro de Discapacidad en Santiago de Cali
3. Caracterizar los componentes de la discapacidad de los participantes: deficiencia en funciones y estructuras corporales, limitación en la actividad y restricciones en la participación e interacción de los mismos según criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, parte I funcionamiento y discapacidad
4. Establecer las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y los componentes de la discapacidad.

3. REFERENTE TEORICO

3.1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El concepto de determinantes sociales de la salud surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos [17]

Los Determinantes Sociales en Salud son entendidos, como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como las desigualdades que se manifiestan en estas condiciones también crean desigualdades en salud [18]. Así mismo son definidos como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla.”[19]

Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas [20]. Diversos estudios en Colombia han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la auto percepción del estado de salud [3,4]

Uno de los conceptos más importantes es el expresado por Lalonde en 1974, que identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención[20]. Este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes.

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña [21]. Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. (Figura 1) Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud.

Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.

Figura 1. Principales determinantes en salud. – Tomado del modelo de Dalghren y Whitehead[21]

Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios”[22]

Tendríamos entonces por un lado los factores de vivencias materiales en las áreas de vivienda, trabajo, alimentación, saneamiento etc.; por otro los factores psicosociales y conductuales; y por ultimo ciertamente los factores biológicos (que incluyen los genéticos). Un determinante importante en esta esfera intermedia serian los mismos sistemas de salud, los cuales, en este enfoque, devendrían en determinantes sociales en la medida que son el resultado de construcciones sociales muy vinculado a las políticas. La interacción de estos DSS influiría (próximamente) a explicar la salud y enfermedad de los individuos [23]

En relación a la distinción entre los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en la salud cabe mencionar que la **acción** sobre los determinantes sociales de la salud tiene su foco de intervención en reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o las intervenciones sobre los mecanismos causales asociados a ellos, estos serían

los **determinantes intermedios**. Por otra parte la acción sobre los determinantes de las inequidades de la salud tiene su foco en los niveles de distribución de los **determinantes estructurales** o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios, es decir la jerarquía o posición social [20]

Los determinantes estructurales son aquellos que generan estratificación social, e incluyen factores tradicionales como los ingresos y la educación, en la actualidad resulta también muy importante reconocer el género, el grupo étnico y la sexualidad entre otros como estratificadores sociales. Dentro de los determinantes intermedios se incluyen condiciones de vida, laborales y disponibilidad de alimentos, entre otros [20]

En esta perspectiva el planteamiento hecho por la comisión sobre determinantes sociales en salud, la estratificación por grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda, y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal [21].

Remontando la perspectiva canadiense, la influencia de los determinantes sociales de la salud sobre la situación de discapacidad, se podría explicar por los siguientes factores, que han sido considerados los determinantes sociales de la salud sobre la discapacidad:

- Ingreso y nivel social: La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos. Los ingresos más altos determinan condiciones como vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos.
- Redes de apoyo social: El apoyo de los amigos, las familias y las comunidades se asocian con una mejor salud.
- Educación: La situación de salud mejora con el nivel de educación. La educación aumenta oportunidades de ingresos y seguridad en el trabajo.
- Empleo y condición de trabajo: El desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente. Las personas que tienen más control sobre las condiciones laborales son más sanas y con frecuencia viven más tiempo.
- Entornos sociales: El conjunto de valores y normas de una sociedad influye de diferentes maneras en la salud y el bien estar de los individuos y las poblaciones. Además la estabilidad social, el reconocimiento a la diversidad, la seguridad y las buenas relaciones del trabajo y comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud.
- Entornos físicos: Los factores físicos en el entorno natural por ejemplo calidad del aire y el agua son influencias claves en la salud. Los factores del entorno creados por el hombre como lugar de trabajo, seguridad de vivienda, trazados de caminos también son influencias importantes.
- Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación: Los entornos sociales permiten y respaldan estilos de vida saludables, así como los conocimientos, las intenciones, los comportamientos, los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida saludable son influencias claves en la salud.
- Características biológicas y genéticas: La biología básica y la constitución genética del ser humano son factores determinantes de la salud, La dotación genética proporciona una serie de respuestas individuales que afectan la situación de salud. Aunque los factores

socioeconómicos son factores determinantes de la salud en algunos casos la dotación genética, parece predisponer a ciertos individuos a problemas de salud o discapacidad.

- Servicios de salud: en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades, restituir la salud y el funcionamiento contribuyen a la salud de la población.
- Género: Se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencias relativas que la sociedad atribuye a los dos sexos de una manera bidireccional. Medidas para mejorar la inequidad de género mejoran la salud de la población.
- Cultura: Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones como marginación, estigmatización, la pérdida del valor del idioma o la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y los servicios culturalmente aceptados[24]

El tema de los determinantes sociales de la salud han sido abordados y definidos como el gradiente social, el estrés, el comienzo de la vida, la exclusión social, el empleo, el desempleo, la adicción, la alimentación, el transporte, como los que tienen la mayor posibilidad de explicar los niveles de salud de una población [25]

De otro lado es importante plantear lo retomado por Borrel [26] el cual abordando el planteamiento de La Measurement and Evidence Knowledge Network de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS propone una serie de principios para desarrollar la evidencia sobre las desigualdades en salud[27], principios que son construidos sobre diferentes autores y en los cuales se resalta la relevancia de investigar bajo la perspectiva de los DSS los

diferentes eventos dentro de los cuales la discapacidad resulta ser un tema relevante.

1. Adoptar un compromiso sobre el valor de la equidad. La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente [28, 29]. El valor explícito que sustenta la investigación sobre desigualdades en salud es que las desigualdades que hay entre sociedades y en una misma sociedad son injustas, evitables e implican la explotación de los grupos desfavorecidos a causa de la desigual repartición de los recursos y del poder. Este valor debe estar presente en todo el proceso investigador.
2. Utilizar una aproximación basada en la evidencia. Ello es importante tanto para avanzar en la investigación como para poner en marcha intervenciones. La medicina basada en la evidencia ha sentado las bases para recoger la mejor evidencia empírica cuantitativa. Sin embargo, también es interesante utilizar aproximaciones cualitativas. Dixon-Woodsetal[30], han revisado y criticado una selección de estrategias para la síntesis de evidencia, incluyendo técnicas que son en gran parte cualitativas e interpretativas.
3. Utilizar metodologías diversas. La investigación sobre desigualdades en salud se debe abordar utilizando las metodologías necesarias para responder a las preguntas formuladas, lo que implica utilizar diversidad de métodos y disciplinas. A menudo, para entender los procesos que generan y reproducen las desigualdades en salud será necesario ir más allá de las metodologías cuantitativas, habitualmente más empleadas en epidemiología social, y usar metodologías cualitativas que permitan profundizar en ellos. Por otro lado, personas procedentes de distintas disciplinas, como por ejemplo la sociología, la política, la antropología, la

historia o la economía, deben formar parte de los equipos de investigación junto con los profesionales de la salud [31]. Tener en cuenta tanto las diferencias de salud entre grupos como los gradientes. Las desigualdades en salud se han descrito siguiendo tres aproximaciones[32]: a) las desigualdades afectan a toda la población (esta aproximación tiene en cuenta que hay un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales); b) las desigualdades se miden comparando los grupos menos privilegiados y los más privilegiados(health gap), y c) se analiza sobre todo la salud de la población más vulnerable .A pesar de que las tres aproximaciones pueden ser válidas dependiendo del objetivo del estudio ,es importante tener en cuenta que las desigualdades afectan en mayor o menor medida a toda la población[33], por lo que debería enfatizarse el primer enfoque.

4. Comprometerse a intentar identificarlos mecanismos causales de cómo operan las desigualdades en salud. Tal como se ha comentado en el apartado anterior, hay distintos modelos que explican estos mecanismos causales. Debe explicitarse el modelo causal que se está utilizando.
5. Describir adecuadamente las estructuras y las dinámicas sociales. Se deben tener en cuenta los distintos ejes de desigualdad existentes ,como el sexo ,la raza o la clase social, los cuales tienen en común que:
 - a) son contextuales y dinámicos, y a que cambian a lo largo de la historia y en distintos contextos;
 - b) son construcciones sociales y no biológicas;
 - c) son sistemas que implican relaciones de poder y dominación (un grupo ejerce el poder sobre otro, lo que hace que los distintos grupos tengan intereses no sólo opuestos sino antagónicos);
 - d) tienen sentido tanto a nivel estructural o macro (de la sociedad)como a nivel psicosocial o micro (referido a las personas en su vida diaria),y e) se expresan simultáneamente tanto en las sociedad como en el individuo, ya que cada persona está localizada en cada una de las dimensiones o ejes[34,35]. La ciencia está construida socialmente y, por

lo tanto, sujeta a sesgos. Los valores políticos de los investigadores pueden influir en diversos aspectos, como por ejemplo en la elección de temas de investigación o en la metodología utilizada. Por todo ello, es necesario explicitar bien los sesgos políticos que pueden afectar a cualquier investigación. El instrumento Bias Free (Building an Integrative Analytical System for Recognizing and Eliminating Inequities) permite identificar y evitar los sesgos en la investigación en salud que se derivan de cualquier jerarquía social [36].

A nivel investigativo se resalta como Varios países han identificado la necesidad de investigar sobre las desigualdades en salud y de generar, sintetizar y difundir la evidencia sobre su magnitud y causas y sobre las políticas para reducirlas. Esto ha llevado al establecimiento, según el caso, de comisiones, proyectos o unidades de investigación estables. Es así como el objetivo del proyecto Teroka en Finlandia era contribuir a crear y difundir conocimiento sobre la existencia y la evolución de las desigualdades socioeconómicas en salud (incluyendo publicaciones científicas, material educativo, organización de seminarios y redacción de documentos de consenso dirigidos al gobierno), para lograr avanzar en la puesta en marcha de planes y políticas para reducirlas desigualdades [37].

Otra investigación que es necesario destacar es que, en el año 2008, el National Institute for Health Research implementó un programa de investigación sobre intervenciones no sanitarias para mejorar la salud y disminuir las desigualdades en salud [38].

Existen evidencias explícitas a través de estudios que han demostrado la manera como los diferentes determinantes sociales de la salud pueden influir sobre diferentes condiciones de los sujetos, así por ejemplo el hecho de que las mujeres tengan vidas más largas no se traduce necesariamente en vidas

más sanas, ya que como la probabilidad de desarrollar discapacidades aumenta con la edad, la proporción de mujeres con problemas de salud y discapacidad es también mayor. No existen datos que indiquen el nivel de discapacidad de las mujeres en el mundo; sin embargo, estimaciones de la OMS sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, pueden esperar vivir más años de vida con discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres[39]. Existen determinantes económicos, sociales, políticos y culturales que influyen en la manera en que las mujeres envejecen con consecuencias inimaginables para su salud y calidad de vida, mismos que se traducen en el incremento de costos a los sistemas de salud. Por otro lado, la situación de los hombres en países en desarrollo es también delicada, ya que las precarias condiciones laborales y las largas y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida implican un mayor riesgo de discapacidad [26]

Los datos derivados del ENASEM para México revelan que, entre las personas de 60 años y más, una mayor proporción de mujeres que de hombres informa tener limitaciones con actividades de la vida diaria (como comer, bañarse, caminar, usar el excusado, ir a la cama), pero solamente en las áreas urbanas (8% para hombres y 14% para mujeres). En las áreas rurales, la proporción de personas ancianas con limitaciones es similar para hombres y mujeres (14%).

Los datos arrojados de la encuesta de población Nacional de Salud (NPHS) en Canadá[39], investigación que evaluó el bienestar de los inmigrantes en una serie de áreas de la vida social, evidenciaron los determinantes sociales de la salud de la población inmigrante, no se encontró un patrón evidente, de asociación entre las características socioeconómicas y las características de la inmigración, por un lado, y el estado de salud por el otro, los resultados de este estudio sugieren que los factores socioeconómicos son más importantes para los inmigrantes que no inmigrantes,

Otro aspecto importante es la producción social de salud, centrado en la forma en que los niveles de salud están determinados por las estructuras de la

desigualdad social y las conductas o los estilos de vida"[40]. Para ello se utilizó un análisis de regresión múltiple de datos de la Encuesta Nacional 1994 de Canadá Salud de la Población. Dos medidas de salud se utilizan: el estado de salud subjetiva y el Health Utilities Index (una medida del estado de salud funcional). Por los determinantes estructurales que se refieren a la edad, estructura familiar, la actividad principal, la educación, ocupación, ingresos y apoyo social. Determinantes de la conducta son los factores de estilo de vida relacionados con fumar, beber, el peso y la actividad física. Los resultados indican que las estructuras de la desigualdad social son los determinantes más importantes de la salud actuando de manera independiente y por su influencia en los determinantes del comportamiento de la salud, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los factores que predicen la salud de mujeres y hombres [41], basada en el género las desigualdades en salud se explican por factores de vulnerabilidad diferencial a las fuerzas sociales entre hombres y mujeres.

Además es importante es considerar como la igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente [41].

El aumento de las desigualdades sociales entre regiones, países y estratos tiene su expresión en las condiciones de salud. Por ejemplo, la expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de 34 años, y en Japón es de 81,9; la probabilidad de que una persona muera entre las edades de 15 y 60 años es de 8,3 % en Suecia, 46,4% en Rusia y 90,2 % en Lesotho, y la expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo [23].

En general hay acuerdo entre los investigadores en que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de factores intermediarios. Los estudios longitudinales muestran que cuando se mide el estatus socioeconómico de un grupo de personas y se hace seguimiento para evaluar la aparición de problemas de

salud, las enfermedades se presentan en mayor número en aquellas personas ubicadas en los estratos más bajos. Pero esas causas sociales actúan de manera indirecta, a través de determinantes específicos intermediarios que son distribuidos de manera desigual en la sociedad. Se han identificado como factores intermediarios los bienes materiales, el comportamiento en salud, o sea los hábitos de vida, los factores psicosociales y los biológicos [42].

3.2 DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

La discapacidad es término genérico que incluye déficits en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud CIF [43] basada en un modelo biopsicosocial para abordar la salud y la discapacidad, entiende la discapacidad como “una interacción multidireccional entre la persona y su contexto socio-ambiental” y la nombra con la palabra Situación de Discapacidad porque la considera como un problema creciente y sitúa a todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa. La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus variaciones, así como la relación del contexto, brindan un lenguaje unificado, estandarizado y un marco conceptual para la descripción de los componentes de la salud. Al analizar el funcionamiento y la discapacidad se deberá incluir el abordaje de lo corporal: funciones, estructuras corporales y deficiencias en estructuras y funciones corporales, de lo individual y lo social: es decir Actividades y Participación, limitación en las actividades y restricción de la

participación en la sociedad). Funciones corporales se refieren a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas; y las estructuras corporales son las partes anatómicas o estructuras del cuerpo como órganos y miembros. Es decir, proporciona información sobre el estado funcional del individuo en lo referente a las partes anatómicas y fisiológicas del cuerpo. Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida, pueden ser temporales o permanentes, progresivas, regresivas o estáticas, Intermitentes o continuas. Por otro lado, las actividades y la participación son los aspectos relacionados con el funcionamiento humano desde una perspectiva tanto individual como social. Por actividad se entiende la realización de una tarea o acción por una persona implica una perspectiva individual en un contexto normalizado y participación es el acto de involucrarse en una situación vital, implica una perspectiva social en un contexto real, las limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades y restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Los factores contextuales son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, tienen dos componentes: factores ambientales y factores personales. Los Factores ambientales 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. 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 sexo, 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.

En Colombia, el avance más significativo en relación con la información sobre discapacidad es el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (DANE, 2003) y a partir de este registro se han realizado

procesos investigativos que intentan hacer una mirada y abordaje a la discapacidad. Es así como Cruz y Jaramillo[44], realizaron un estudio cuya finalidad era la formulación de un Índice de Discapacidad Humana, que permita conocer la dimensión y el impacto de la discapacidad en Colombia, para ello plantean una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF[43] con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad entre dichos factores. Este estudio muestra como el análisis global por grupos de factores, personales y ambientales, sugiere un mayor peso de los segundos en la generación y exacerbación de la discapacidad, en la medida en que responden a determinantes relacionados con y condiciones de vida asociados con servicios, sistemas y políticas.

Los factores personales en especial aquellos relacionados con edad, género y estructura y función corporal demuestran un comportamiento dependiente, debido a que existe una mayor proporción de mujeres y de personas mayores de 60 años en situación de discapacidad y con limitaciones del movimiento y del sistema nervioso. Además se reconoce como la fuente del DANE, constituye la mejor información disponible en discapacidad para Colombia.

Para Colombia los datos que muestran información relacionada con la discapacidad, se extraen del consolidado del registro para localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe en 2009[14]. Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas en situación de discapacidad de 829 municipios del país. Las cifras de la población en

situación de discapacidad proceden de diferentes fuentes entre ellas el Censo 1993, la prueba piloto de Yopal realizada en el 2001, la prueba piloto de Soacha realizada en el 2003, el Censo 2005, el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad y de estudios realizados como el de la Universidad Javeriana, el estudio de prevalencia de discapacidad del Valle del Cauca, entre otros. Sin embargo, existen diferencias metodológicas importantes que en muchos casos no permiten la comparación entre ellos. Según el Conpes 80[45] el diagnóstico de la situación actual de discapacidad presenta varias dificultades principalmente por las limitaciones de los sistemas de información, prevención, falta de articulación entre los diferentes sectores y el estado⁶, situación que dificulta que se encaminen adecuadamente las políticas públicas alrededor de la discapacidad.

Factores contextuales y Determinantes Sociales Estructurales e Intermedios

Acorde a la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), los factores contextuales son el trasfondo total, tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida; los cuales pueden estar influenciados de manera positiva o negativa por los determinantes sociales de la salud estructurales intermedios.

Los factores contextuales están compuestos, por los factores ambientales y factores personales. Los factores personales son las características propias del individuo, que no forman parte de su condición de salud, dentro de ellos se incluye sexo, raza, edad, forma física, otros estados de salud, educación, profesión, etc. Los factores ambientales se subdividen en nivel individual, el cual ocurre en el ambiente inmediato del individuo como hogar, lugar de trabajo o escuelas, en este apartado se incluyen las propiedades físicas y materiales del ambiente, con el que individuo se enfrenta, incluye además el contacto directo con personas, tanto como familiar, amigos, vecinos, compañeros y desconocidos. El nivel de servicios y sistemas incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias,

agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías [46].

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. Cabe destacar que la Clasificación Internacional de Funcionamiento de Discapacidad y de la Salud, no incluye los factores personales dentro de la clasificación, debido a la variabilidad social y cultural asociada con ellos. En comparación con los factores ambientales que interactúan con los componentes de “estructura y funciones corporales” y “actividades y participación”.

La interacción de los factores ambientales con los componentes de la discapacidad, permite identificar el modelo biopsicosocial en el cual se basa la CIF, este se fundamenta en el modelo holístico de salud y enfermedad, donde se considera al individuo un ser que participa en las esferas biológicas, psicológicas y sociales, cada esfera influye en los otros y este a su vez está influido por los demás, por lo tanto es importante abordar al individuo como un todo, con el fin corregir o recuperar su deficiencia, trastorno o enfermedad.

Basado en el modelo biopsicosocial, los factores ambientales, tienen relación con los Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios, porque a través de los determinantes sociales se identifican las condiciones en las cuales las personas, viven, trabajan y realizan actividades sociales, por medio de los factores ambientales, se clasifica e identifica como estos determinantes sociales de la salud influyen de manera positiva o negativa en el entorno personal, familiar, comunitario y social, teniendo en cuenta aspectos físicos, materiales y actitudinales, lo que facilita la interacción entre los Determinantes

Sociales de la Salud y componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación social).

En cuanto a los estudios sobre determinantes sociales y discapacidad, en Australia [47] se ha planteado que la discapacidad surge cuando las personas con discapacidad se enfrentan por las condiciones sociales o del medio ambiente, estableciendo que la discapacidad es una resultante de la operación de desactivación y discriminación desde las condiciones culturales, sociales y ambientales.

Dicha problemática es resultado de una combinación de factores que varían en importancia en todo el ciclo vital y entre las naciones. En los niños pequeños por ejemplo, los gradientes sociales principalmente reflejan los efectos de la exposición socialmente condicionadas, incluyendo los que operan a través del medio fetal, con el material y los riesgos psicosociales (condiciones de vivienda pobre, nutriente por las dietas, la inseguridad económica familiar entre otros) que pueden dar lugar a condiciones de salud asociadas con discapacidad. En la infancia, estos gradientes pueden ser exacerbados por el impacto de los costos directos e indirectos asociados al cuidado de una persona discapacitada. En la edad adulta, la exclusión de las personas con discapacidad está referida con la mano de obra laboral, (el bienestar y las políticas) que influyen poderosamente las tasas de empleo de los adultos discapacitados.

Sin embargo, algunas iniciativas de la salud pública para abordar las desigualdades en salud muestran algunos resultados de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud, con indicadores tales como el auto-reporte de limitación a largo plazo, la invalidez sin la esperanza de vida ajustados por discapacidad y años de vida siendo tratado como sustitutos de componentes o de la salud, dentro de este ámbito, la discapacidad es tratada como sinónimo de estado de salud, en lugar de entenderse en el contexto de la

gama de condiciones sociales y ambientales como factores que sirven a las personas con discapacidad. Es así como el éxito en el alcance de los objetivos de desarrollo del dependerá en la medida de la atención de las necesidades y el contexto de los niños con discapacidad. Para ello se hace necesario tomar las medidas necesarias para hacer frente a los determinantes sociales de la salud en general, con nuevas mejoras que tengan en cuenta las circunstancias particulares de las personas con discapacidad. Esto demanda acciones concretas en las cuatro puntos de entrada identificados por Diderichsen et al[48] para hacer frente a inequidades de la salud, como son el abordar los factores de estratificación social (Por ejemplo, asegurar que los niños con discapacidad accedan a la educación efectiva, asegurarse de que los adultos con discapacidad puedan acceder a un empleo gratificante y seguro); la vulnerabilidad diferencial (por ejemplo, mediante la promoción de la resistencia de las personas con discapacidad), y dirección de consecuencias diferenciales (por ejemplo, asegurando que todas las personas con discapacidad tienen igualdad de acceso a una atención sanitaria eficaz).

En Canadá se buscó identificar los factores asociados con la salud propia calificación de las personas con y sin enfermedades crónicas o discapacidad a largo plazo [49] para ello se trabajó con los datos de la población de los hogares canadienses durante los años de 1994-1995, donde se encuestaron 13.995 personas de 20 años de edad. Los factores incluidos en los análisis fueron las enfermedades relacionadas (enfermedades crónicas, discapacidad a largo y corto plazo, y el dolor) demográficos, estilo de vida (tabaquismo, actividad física, beber), y social de los recursos psicológicos (dominio, el estrés crónico, estrés, autoestima, y apoyo social). Los resultados arrojaron datos como que las variables relacionadas con las enfermedades se asocian con la mala salud, con aportes pequeños pero significativos de factores demográficos y de estilo de vida. Recursos psicológicos, especialmente el dominio de alto y

su autoestima, se asocian con una mejor salud de las personas con enfermedades crónicas o discapacidad.

4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Subvariable	Definición	Indicador	Índice
Determinantes sociales Estructurales	Estratificación socioeconómica (Estrato social)	Nivel de clasificación del inmueble de la población.	Lugar de residencia	1 2 3 4 5 6 9
	Tipo de área	Tipo de área donde reside	Cabecera Centro poblado Rural disperso	0 1 2
	Edad	Número de años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de encuesta	Edad cumplida en años	años
	Genero	tipo de relaciones o condiciones del ser hombre o mujer con base en las características, los roles, y las oportunidades que el grupo social asigna a cada uno de aquellas y aquellos	Masculino Femenino	0 1
	Barreras actitudinales		Impide desarrollar actividades con	1

			familiares Impide desarrollar actividades con amigos Impide desarrollar actividades con vecinos Impide desarrollar actividades con empleados Impide desarrollar actividades con otras personas Nadie le impide desarrollar actividades	1 1 1 1 1
		Actualmente participa en alguna organización	Si No	1 2
		Razón de no participación	-Falta de dinero -Falta de tiempo -No existe no la conoce -Siente rechazo -Por su discapacidad -No cree en ella -Sus principios -Prefiere resolver los problemas solo -Otra	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Participaría en organización en defensa de los derechos	Si No	1 2
	Barreras en vivienda o entorno físico	Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.	Dormitorio Sala comedor Baños Escaleras Pasillos y patios Andenes aceras Calles, vías Parques, plazas estadios, teatros,	1 2 3 4 5 6

			iglesia	
			Paraderos, terminales de transporte	7
			Vehículos de transporte publico	8
			Centros educativos	9
			Lugares de trabajo	10
			Centros de salud, hospitales	11
			Centros comerciales,	12
			tiendas, plaza de mercado	13
			Otros lugares	14
			Ninguno	15
				16
	Origen de la discapacidad	Causas o comienzo de la discapacidad	Si No	0 1
		Consecuencia de	-Condiciones de salud de la madre	1
			-Complicaciones	2
			en el parto	3
			-Enfermedad	4
			general	5
			-Alteración	6
			genética	7
			hereditaria	8
			-Lesión	9
			autoinfligida	10
			-Enfermedad	11
			profesional	12
			-Consumo de	13
			psicoactivos	14
			-Desastre natural	15
			-Accidente	16
			-Víctima de	17
			violencia	18
			-Conflicto armado	19
			-Dificultades en la prestación	99
			-Otra causa	

			No sabe cuál es el origen	
		Enfermedad profesional	-Medio ambiente físico en lugar de trabajo -condiciones de seguridad -Contaminantes -Carga de trabajo físico mental -Organización del trabajo - Otra causa	1 2 3 4 5 6
		Por consumo de psicoactivos	-Psicoactivos aceptados socialmente -Psicoactivos no aceptados socialmente	1 2
		Por desastres naturales	-Terremoto -Inundación -Deslizamiento -Otro desastre	1 2 3 4
		Por accidente	-De tránsito -En el hogar -En el centro educativo -De trabajo -Deportivo -Otro tipo	1 2 3 4 5 6
		Como víctima de violencia	-Al interior del hogar -Delincuencia común -Social -Otra	1 2 3 4
		Del conflicto armado por	-Arma de fuego -Bomba -Minas antipersona -Otro tipo de arma	1 2 3 4
		Dificultades en la prestación del servicio de	-Atención médica inoportuna -Equivocaciones	1 2 3

		salud	en el diagnóstico -Formulación o aplicación equivocada de medicamentos -Deficiencia en la calidad de atención -Otra	4 5
	Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	-Ninguno -Preescolar incompleto -Preescolar completo -Básica Primaria incompleta -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	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	Raza	Grupo humano cuyos caracteres morfológicos se perpetúan por herencia. Estos caracteres pueden no	Negro Raizal Palenquero Gitano Indígena Mestizo u otro diferente	1 2 3 4 5 6

		coincidir con los somáticos, lingüísticos y culturales, que constituyen unidades denominadas		
Determinantes sociales Intermedios	Afiliación a SSSG	un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, a cargo del Estado	-Contributivo -Subsidiado -Régimen especial -Vinculado -Ninguno -No sabe	1 2 3 4 5 6
	Circunstancias materiales: Trabajo.	Actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses	-Trabajando -Buscando trabajo -Incapacitado permanente para trabajar sin pensión Incapacitado permanente para trabajar con pensión -Estudiando -Realizando oficios del hogar -Recibiendo renta -Pensionado-jubilado -Realizando actividades de autoconsumo Otra actividad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		Trabajo realizado	-Obrero-empleado del gobierno -Obrero-empleado particular -Jornalero-peón -Patrón o empleador -Trabajador por cuenta propia	1 2 3 4 5 6 7

			-Empleado doméstico -Trabajador familiar sin remuneración	
		Capacidad para trabajo afectada por discapacidad	Si No	1 2
		Ingreso mensual promedio	Pesos	Pesos
		Actividad económica actual	-Industria -Comercio -Agrícola -Pecuaria -Servicios -Otra	1 2 3 4 5 6
	Tipo de vivienda	Espacio físico cuya principal razón es la de ofrecer refugio y descanso.	-Casa -Apartamento -Cuarto -Institución pública -Institución privada -Calle -Otro tipo de vivienda	1 2 3 4 5 6 7
		Condición de tenencia de la vivienda	Arriendo o subarriendo Propia y la está pagando Propia pagada De un familiar sin pagar arriendo De un tercero sin pagar arriendo Otra	1 2 2 4 5 6
	Servicios de Rehabilitación	Recuperación de la discapacidad	Si No	1 2
		Factores de recuperación	-Los servicios de salud y servicios recibidos -Apoyo familiar	1 2 3 4

			-Empeño por salir adelante -A Dios -medicina alternativa - Otro	5 6
		Tipo de rehabilitación ordenada	-Medicina física y de Rh -Psiquiatría -Fisioterapia -Fonoaudiología -Terapia ocupacional -Optometría -Psicología -Trabajo social -Medicamentos permanentes -Otro tipo de Rh -Ninguno	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
		Asistencia actual a Rh	Si No	1 2
		Quien paga la Rh	-SGSS -Familia -Personalmente -ONG -Empleador -Otro	1 2 3 4 5 6
		Tipo de establecimiento de Rh	-Publico -Privado -No sabe	1 2 3
		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.	1 2 3 4 5 6 7
		Años sin Rh	Años	Dato
Componentes	Deficiencias en	Problemas en	El sistema	0

de la discapacidad	funciones y estructuras	la función o estructura corporal, tales como una desviación significativa o una pérdida	nervioso	1
			Los ojos	2
			Los oídos	3
			Los demás órganos de los sentidos	4
			La voz y el habla	5
			El sistema cardiorrespiratoria y las defensas	6
			La digestión, el metabolismo, las hormonas	7
			El sistema genital y reproductivo	8
			El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	9
			La piel	10
Otra	99			
			Sin dato	
		Limitaciones permanentes en la actividad	Para pensar	1
			Para ver	2
			Para oír	3
			Para percibir olores y sabores	4
			Para hablar y comunicarse	5
			Para movilizarse	6
			Para masticar, tragar, asimilar alimentos	7
			Para tener relaciones sexuales	8
			Para caminar, correr, saltar	9
			Para mantener piel, uñas, cabellos sanos	10
			Para relacionarse con los demás	11
			Para llevar, mover, utilizar con las manos	12
			Para caminar, mantener la	13
				14
				15
				16
				17
				18
				19
				20
				21
				22
				23
				24
				25
	99			

			posición del cuerpo Para alimentarse, asearse y vestirse Otra dificultad.	
	Restricción en la participación social	Derecho de las personas con discapacidad de intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucra.	Con la familia Con la comunidad Religiosas Productivas Deportivas Culturales Educación no formal Ciudadanas Otras	1 2 3 4 5 6 7 8 9

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación que se realizó con un enfoque empírico analítico, en el cual se logró obtener datos fácticos a partir de los cuales se caracterizó al menos comportamientos externos del objeto de la realidad estudiado, este proceso de investigación al partir de los datos provenientes de la realidad[50].

El estudio desarrollado es descriptivo con una fase correlacional que evidencia todas las variables desde los determinantes sociales de la salud que mejor explican la situación de discapacidad en Cali

5.2 POBLACION Y MUESTRA

Total de personas con discapacidad, identificadas en el registro de caracterización y localización de personas con discapacidad de Santiago de Cali, el cual fue entregado a investigador por parte de la secretaría de Salud de Santiago de Cali. Es de aclarar que al momento las ciudades se encuentran actualizando dicho registro y por tanto el total de la población no está definido.

5.3 PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE LA MUESTRA

5.3.1 Criterios de Inclusión y de exclusión del estudio

Se incluyó el total de registro existente en la base de datos actualizado a la fecha de septiembre de 2011 de la Secretaria de Salud Municipal de Santiago de Cali cuya información este completamente diligenciada.

5.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.

Como técnica se utilizó la revisión de la base de datos de Santiago de Cali y el instrumento a empleado fue la matriz electrónica en Excel, entregado por cada una de las secretarías en la cual se diligencian cada uno de las variables del registro

6. DISPOSICIONES VIGENTES

Las implicaciones éticas del proyecto implicaron un nivel de riesgo mínimo de acuerdo a lo estipulado por el decreto 08430 del ministerio de salud, en razón que la manipulación de los participantes en el estudio fue mínima, siendo el proceso una valoración por observación y medición, aspectos que no atentan contra la integridad física y mental de las personas. Para tal efecto se solicitó el diligenciamiento del consentimiento informado, y la participación voluntaria en el estudio.

7. RESULTADOS

Para la digitación y el análisis de la información se utilizó el software SPSS versión 19 licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales. Se hizo un análisis univariado donde se realizaron distribuciones de frecuencias para variables cualitativas. Teniendo en cuenta los objetivos del estudio se realizó además un análisis bivariado en el cual se aplicaron las pruebas estadísticas requeridas acorde al tipo de variables como chi cuadrado, coeficiente de contingencia, PHI, a partir de éste análisis se establecieron las posibles asociaciones o dependencias entre los Determinantes sociales de la salud y la discapacidad en cada uno de sus componentes

7.1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES

Tabla 1. Distribución de las variables estructurales relacionadas con las características sociodemográficas

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	18256	48
Mujer	19815	52
Total	38071	100,0
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 4 años	678	1,8
5 a 9 años	1423	3,7
10 a 14 años	1909	5,0
15 a 19 años	1965	5,2
20 a 24 años	1796	4,7
25 a 29 años	1912	5,0
30 a 34 años	1961	5,2
35 a 39 años	2090	5,5
40 a 44 años	2348	6,2
45 a 49 años	2482	6,5
50 a 54 años	2587	6,8
55 a 59 años	2654	7,0
60 a 64 años	2687	7,1
65 a 69 años	3085	8,1
70 a 74 años	2838	7,5
75 a 79 años	2462	6,5
80 a 84 años	1620	4,3
85 a 89 años	992	2,6
90 a 94 años	432	1,1
95 a 99 años	132	,3
100 años o mas	18	,0
Total	38071	100,0
NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE

Preescolar	1382	3,6
Primaria	17011	44,7
Bachillerato	7350	19,3
Técnico/Tecnológico	490	1,3
Universidad	422	1,1
Postgrado	67	,2
Ninguno	10574	27,8
Edad no escolar (0-2 años)	467	1,2
No hay respuesta	308	0,8
Total	38071	100,0
RAZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negro, afro descendiente	4726	12,4
Raizal del archipiélago	230	,6
Palenquero	52	,1
Gitano, rom (II)	37	,1
Indígena	1094	2,9
Mestizo u otro diferente	31299	82,2
No hay respuesta	633	1,7
Total	38071	100,0
UBICACIÓN VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cabecera	36075	94,8
Centro poblado	756	2,0
Rural disperso	1240	3,3
Total	38071	100,0
ESTRATO SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	14497	38,1
2	14428	37,9
3	7268	19,1
4	544	1,4
5	427	1,1
6	595	1,6
Sin estrato	312	0,8
Total	38071	100

Analizando las características sociodemográficas de la población con discapacidad en Santiago de Cali, se encontró que del total de los registros en mayor porcentaje el género femenino (52%), son los participantes en el estudio en comparación con el género masculino (48%). El rango de edad en el que predomina la discapacidad fue entre 20 a 54 años (39%) con una media de 48 años,+/- 24,1 años. El 76% del total de la población pertenecen a los estratos 1 y 2 y viven en la cabecera municipal. La raza que predomina es mestiza (82%), seguido de un 12.4% de la raza negra.

Referente al nivel educativo, se determinó que el 44.7% del total de la población, realizó estudios hasta básica primaria, el 19,7% básica secundaria,

estudios de educación superior, representa el 1% tanto para las variables técnico o tecnológico y estudios universitarios. Cabe resaltar que aproximadamente el 28% del total de la población manifestaron que no han realizado ningún nivel de estudio.

Tabla 2. Distribución de las variables estructurales relacionadas con las barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía

BARRERAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Barreras en el dormitorio	3.728	10%
Barreras en sala comedor	4.712	12%
Barreras en baño – sanitario	6.858	18%
Barreras en escaleras	16.988	45%
Barreras en pasillos – patios	5.690	15%
Barreras en andenes, aceras	11.866	31%
Barreras en calles, vías	18.922	50%
Barreras en parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	9.418	25%
Barreras en paraderos, terminales de transporte	10.038	26%
Barreras en vehículos de transporte público	15.888	42%
Barreras en centros educativos	5.416	14%
Barreras en lugares de trabajo	5.834	15%
Barreras en centros de salud, hospitales	7.110	19%
Barreras en centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	7.017	18%
Otras	3.728	9%
ACTITUDES NEGATIVAS DE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familiares	3.783	10%
Amigos , compañeros	1.176	3%
Vecinos	1.338	4%
Funcionarios, empleados	481	1%
Otras personas	752	2%
Nadie	3.071	8%
No hay respuesta	27470	72%
ACTUALMENTE PARTICIPA EN ALGUNA ORGANIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4.749	12%
No	31.077	82%

La presencia de barreras puede limitar en el desarrollo de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Las más comunes para la población con discapacidad en Santiago de Cali, fueron en el hogar las escaleras (45%), baño- sanitario (18%), sala comedor (12%), dormitorio (10%). Referente a actividades sociales en las barreras de tipo arquitectónico las más frecuentes, fueron la calle (50%), el transporte público (42%), los andenes (31%), los

parques(25%), los centros de salud (19%), los lugares de trabajo(15%), los centros educativos (14%).

Tabla 3. Distribución de las variables estructurales relacionadas con el origen de la discapacidad

CONOCE EL ORIGEN DE SU DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	30493	80%
NO	7537	20%
Sin respuesta	41	0,1%
TOTAL	38071	100%
CONSECUENCIA DE SU DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Consecuencia de condiciones de salud de la madre durante el embarazo	2193	5,8%
Consecuencia de complicaciones en el parto	3658	9,6%
Consecuencia de enfermedad general	12632	33,2%
Consecuencia de alteración genética, hereditaria	3485	9,2%
Consecuencia de lesión auto infligida	227	,6%
Consecuencia de enfermedad profesional	520	1,4%
Consecuencia de consumo de psicoactivos	148	,4%
Consecuencia de desastre natural	54	,1%
Consecuencia de accidente	4570	12,0%
Consecuencia de víctima de violencia	1105	2,9%
Consecuencia de conflicto armado	180	,5%
Consecuencia de dificultades en la prestación de servicios de salud	445	1,2%
Otra causa (causa desconocida)	8854	23,1%

El 80% de la población conoce el origen de su discapacidad, la cual está asociada principalmente a enfermedad general (33%), causa desconocida o no clarificada (23,1%), accidente (12%), complicaciones del parto y alteraciones genéticas con cifras superiores al 9,6%, víctimas de violencia (2,9%). En cuanto a la discapacidad por enfermedad profesional: un 29% respondieron medio ambiente físico del lugar y 20% condiciones de seguridad; Por consumo de psicoactivos las respuestas fueron muy equitativas dado que el 49% respondieron psicoactivos aceptados y un 51% psicoactivos no aceptados; Por desastres naturales, el 22% respondieron Inundación y un 57% mencionan otro tipo de desastre natural; Por accidente de tránsito o en el hogar, un 40% y 25% respectivamente. Como víctima de violencia, el 72% manifiestan delincuencia común; Por el conflicto armado un 76% responden por arma de fuego.

Dentro de las dificultades en la prestación del servicio de salud, se observó que un 33% lo relacionan con la deficiencia en la calidad de atención, seguido de una atención medica inoportuna (26%).

7.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS

Tabla 4. Distribución de las variables intermedias relacionadas con la Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud

SGSSS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Contributivo	8,412	22.1%
Subsidiado	17,247	45.3%
Régimen especial	485	1.27%
Vinculado	3,303	8.6%
Ninguno	8,343	21.9%
No sabe	95	0.25%
Total	38.071	100%

Respecto a los determinantes sociales Intermediarios, la afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el 45,3% de los participantes pertenecen al régimen subsidiado, 22,1% al régimen contributivo 8,6%. Es importante resaltar que las personas que no están afiliadas a ningún servicio de salud (21,9%), presentan cifras aproximadas al valor de las personas afiliadas al régimen contributivo.

Tabla 5. Distribución de las variables intermedias relacionadas con las condiciones materiales de trabajo.

SITUACION LABORAL DE LOS ULTIMOS 6 MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajando	4620	12,1
Buscando trabajo	2656	7,0
Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión	12258	32,2
Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	1704	4,5
Estudiando	2068	5,4
Realizando oficios del hogar	6167	16,2
Recibiendo renta	178	,5
Pensionado, jubilado	572	1,5
Realizando actividades de consumo	797	2,1
Niños (no escolarizados, personas que por su grado de discapacidad no trabajan)	4266	11,2
Otra actividad	4620	12,1
Total	38071	100
CONTRATO DE TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A término fijo	297	,8
A término indefinido	469	1,2
Sin contrato	3636	9,6
No hay respuesta	218	,6
Subtotal	4620	12,2
Población que no trabaja	33451	87,9%
Total	38071	100%
TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Industria	395	1,0%
Comercio	1095	2,9%
Agrícola	148	,4%
Pecuaria	14	,0%
Servicios	1482	3,9%
Otra actividad	1253	3,3%
No hay respuesta	233	,6%
Subtotal	4620	12,1%
Población que no trabaja	33451	87,9%
Total	38071	100%
EN EL TRABAJO SE DESEMPEÑA COMO	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Obrero - empleado del gobierno	171	,4
Obrero- empleado particular	1216	3,2
Jornalero o peón	214	,6
Patrón o empleador	101	,3
Trabajador por cuenta propia	2187	5,7
Empleado (a) domestico (a)	394	1,0
Trabajador familiar sin remuneración	113	,3
No hay respuesta	220	,6
Subtotal	4620	12,1
Población que no trabaja	33451	87,9%
Total	38071	100%
SU CAPACIDAD DE TRABAJO SE HA VISTO AFECTADA POR SU CONDICION DE DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	31167	81,9
No	4073	10,7
No hay respuesta	730	1,9
No aplica (niños o personas que por su edad o grado de discapacidad no aplican para esta opción)	2101	5,5
Total	38071	100,0
INGRESO MENSUAL PROMEDIO AÑO 2005	FRECUENCIA	PORCENTAJE

1 a 426.000	33639	88,4
427.000 a 852.000	1876	4,9
853.000 a 1'278.000	169	,4
1'279.000 a 1'704.000	66	,2
1705.000 a 2'130.000	38	,1
2'131.000 y mas.	16	,0
No devengan salario	2267	6,0
Total	38071	100,0

Respecto a las actividades desarrolladas durante los últimos 6 meses, el 12,1 % está trabajando, de las cuales el 0,8%, tiene contrato a término, el 9,6% no tiene contrato de trabajo; el 5,7% de la población que trabaja realiza actividades económicas por su propia cuenta. La principal actividad económica en la que se desempeñan está relacionada con servicios (3,9%) y otras actividades (3,3%). El salario promedio oscila entre \$ 281,882 ± \$287,077 pesos, inferior al salario mínimo mensual legal vigente del año de 2005.

Otras de las actividades que las personas objetos del estudio has realizado durante los últimos 6 meses es estudiar (5,4%), oficios del hogar (16,2%), otras actividades (11%); cabe resaltar que el 32,2% se considera incapacitado permanente para trabajar y no recibe pensión, solo el 4,5% de la población con incapacidad permanente recibe pensión. los factores anteriormente mencionados pueden dar razón de que el 81,9% de la población objeto de estudio considera que su capacidad para trabajar se ha visto afectada por su condición de discapacidad.

Tabla 6. Distribución de las variables intermedias relacionadas con las condiciones de vivienda.

TIPO DE VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casa	30472	80
Apartamento	2059	5,4
Cuarto	3001	7,9
Institución pública	499	1,3
Institución privada	939	2,5
Calle	105	,3
Otro tipo de respuesta	626	1,6
No hay respuesta	370	1,0
Total	38071	100
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA		
Arriendo o subarriendo	12140	31,9
Vivienda propia y la está pagando	3301	8,7
Vivienda propia totalmente pagada	12818	33,7
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	5923	15,6
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	1052	2,8
Habitante de la calle	855	2,2
Institucionalizado	1438	3,8
Otra	199	0,4
No hay respuesta	345	,9
Total	38071	100,0

El principal tipo de vivienda donde habita las personas con discapacidad, es la casa(80%), en un cuarto(7,9%), apartamento (5,4%) e institucionalizado (3,8%), se resalta que el 0,3% habita en la calle. Dentro de las condiciones de la vivienda, las variables, vivienda propia pagada en su totalidad (33,7%) y arriendo o subarriendo (31,9%), son la de mayor porcentaje; las personas que viven con un familiar o un tercero son el 17% y el 8,7% tienen vivienda propia y la están pagando, el 2,2% es habitante de la calle.

Tabla 7. Distribución de las variables intermedias relacionadas con los servicios de rehabilitación.

RECUPERACION DE LA DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	9339	24.5
No	28582	75.1
No hay respuesta	150	0.4
Total	38071	100
FACTORES DE RECUPERACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Los servicios de salud y servicios recibidos	2433	26
Apoyo Familiar	1788	19
Empeño por salir adelante	1106	12
A Dios	3253	35
Medicina alternativa	292	3
Otro	77	1
Sin dato	490	4
Subtotal	9439	100
TIPO DE REHABILITACION ORDENADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medicina física y de Rh	5057	13.3
Psiquiatría	4262	11.2
Fisioterapia	10543	27.7
Fonoaudiología	4911	12.9
Terapia ocupacional	7904	20.8
Optometría	6607	17.4
Psicología	5524	14.5
Trabajo social	3337	8.8
Medicamentos permanentes	18256	48
Otro tipo de Rh	4978	13.1
No hay respuesta	5723	15
¿ASISTE ACTUALMENTE A REHABILITACION?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	11437	30
No	20913	54.9
No sabe no responde	5721	15.0
¿QUIEN PAGA LA REHABILITACION?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SGSS	8,024	70
Familia	2,259	20
Personalmente	442	4
ONG	165	1
Empleador	81	1
Otro	387	3
Sin dato	186	1
Total	11544	100
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE REHABILITACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Publico	8,370	22
Privado	2,803	7.4
No sabe	258	0.7
Sin dato	26642	70
Total	38071	100
¿Por qué no recibe rehabilitación?		
Ya termino la rehabilitación	2,214	5.8
Cree que ya no lo necesita	1,773	4.7
No le gusta	885	2.3
Falta de dinero	16,569	43.5
Lejanía del centro de atención	583	1.5
No hay quien lo lleve	614	1.6

No sabe	3,469	9.1
Otra causa	11964	31.5
Total	38071	100
Años sin recibir rehabilitación		
0 a 4 años	10209	59.3
5 a 9 años	5104	21.7
Total	15313	100.0

Referente a la percepción de la discapacidad, el 75,1% del total de la población considera que no se ha recuperado de su discapacidad, solo el 24,5% respondió de manera afirmativa, los cuales consideran que su recuperación se debe a Dios (35%), servicios de salud (26%), la familia (19%) y el empeño por salir adelante (12%) como los datos más representativos.

En relación a los servicios de rehabilitación, solo el 30% asisten a servicios de rehabilitación, en contraste con el 54,9% que no asiste. Los servicios de rehabilitación son asumidos económicamente, por el sistema general seguridad social en salud (70%), la familia (20%), personalmente (4%) y empleador y ONG (1%) respectivamente. Los principales servicios de rehabilitación que prestan son, medicamentos permanentes (48%), fisioterapia (27,7%), terapia ocupacional (20,8%), optometría (17,4%) y psicología (14,5%), como los datos más relevantes.

En el grupo poblacional, que no asiste a tratamiento de rehabilitación, la falta de dinero (43,5%) es el principal motivo de inasistencia, otras causas (31,5%), ya termino la rehabilitación (5,8%) y cree que ya no la necesita (4,7%) como las causas más frecuentes. el número de años sin recibir rehabilitación fue en promedio de 12 +/- 19,8 años.

7.3 CARACTERIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD (DEFICIENCIA EN FUNCIONES Y ESTRUCTURAS, LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN), SEGÚN LA CIF

Tabla 8. Caracterización de los componentes de la discapacidad, en la población con discapacidad en Cali

DEFICIENCIA PERMANENTE PARA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
El sistema nervioso	18.921	50
Los ojos	18.201	48
Los oídos	9.485	25
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	2.511	7
La voz y habla	9.567	25
El sistema cardiorrespiratorio y defensas	10.860	29
La digestión, el metabolismo y hormonas	5.987	16
El sistema genital y reproductivo	3.249	9
El movimiento, cuerpo, manos, brazos y piernas	20.571	54
La piel	2.083	5
otras alteraciones	3.571	9
LIMITACION PERMANENTE EN LA ACTIVIDAD PARA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pensar, memorizar	16.667	44
Para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	12.244	32
Oír aun con aparatos especiales	6.370	17
Distinguir sabores u olores	2.009	5
Hablar y comunicarse	9.465	25
Desplazarse en trecho cortos por problemas respiratorios o del corazón	10.734	28
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	4.477	12
Retener u expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	5.100	13
Caminar, correr, saltar	21.689	57
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	2.815	7
Relacionarse con las demás personas y el entorno	5.858	15
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	7.970	21
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	6.147	16
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	4.688	12
Otras	16.667	44
PARTICIPA EN ACTIVIDADES CON (RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACION SOCIAL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con la familia y amigos	19361	51,6
Con la comunidad	9272	24,4
Religiosas o espirituales	14592	38,3
Productivas	2119	5,6
Deportivas o de recreación	4282	11,2
Culturales	2184	5,7
Educación no formal	826	2,2
Ciudadanas	1283	3,4
Otras	700	1,8
No participa	9413	24,7
No hay respuesta	2394	6,3

Al analizar los componentes de la discapacidad, con base al registro para la localización y caracterización de la personas con discapacidad, realizado en

Santiago de Cali, permitió identificar que las deficiencias relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (54%), como la característica más frecuente, seguido de deficiencias en el sistema nervioso (50%), ojos (48%) y sistema cardiorrespiratorio y defensas (29%) como los datos más relevantes. Es importante mencionar que el 100% de la población de la población con discapacidad en Santiago de Cali tiene al menos una deficiencia.

La limitación permanente en la actividad de caminar, correr y saltar (57%) es la característica de mayor porcentaje, continuando con la limitación para pensar, memorizar (44%), para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar gafas (32%), desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o corazón (29%), como los aspectos que más afectan a la población con discapacidad en Cali. Cabe destacar que el 100% de la población presenta al menos una limitación permanente.

Referente a la restricción en la participación social, se puede identificar que gran parte de la población con discapacidad en Santiago de Cali, participa en actividades sociales principalmente en actividades con la familia y amigos (51,6%), en actividades religiosas (38,3%), con la comunidad (24,4%) y deportivas o de recreación (11,2%) como las de mayor porcentaje. Es importante resaltar que del total de la población con discapacidad en Cali, solo el 25% presenta restricción en la participación social.

7.4 RELACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES Y DISCAPACIDAD

Tabla 9. Relación entre Determinantes sociales de la salud estructurales y restricciones en la participación

DETERMINANTE	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P	TOTAL
SEXO				97,734	0,000	0,051	0,000	
Hombre	12204	4768	1284					18256
%	66,8	26,1	7,0					48
Mujer	14111	4645	1059					19815
%	71,2	23,4	5,3					52
Total	26315	9413	2343					38071
%	69,1	24,7	6,2					100
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P	TOTAL
EDAD				17559,994	0,000	0,679	0,000	
Infancia	1558	309	2143					4010
%	38,9	7,7	53,4					100
Juventud	3478	983	34					4495
%	77,4	21,9	0,8					100
Adulthood joven	4245	1456	29					5730
%	74,1	25,4	0,5					100
Adulthood media	9495	3329	62					12886
%	73,7	25,8	0,5					100
Vejez	7529	3329	75					10933
%	68,9	30,4	0,7					100
No sabe, no responde	10	7	0					17
%	58,8	41,2	0,0					100
Total	26315	9413	2343					38071
%	69,1	24,7	6,2					100

	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P	TOTAL
Estrato socioeconómico				185,044	0,000	0,070	0,000	
Bajo	19723	7390	1812					28925
%	72,7	27,3	6,3					100
Medio	5681	1750	381					7812
%	76,5	23,5	4,9					100
Alto	396	47	62					505
%	89,4	10,6	12,3					100
No sabe, no responde	515	226	88					829
%	69,5	30,5	10,6					100
Total	26315	9413	2343					38071
%	73,7	26,3	6,2	100				
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P	TOTAL
Educación				1789,450	0,000	0,217	0,000	
Primaria	12949	4582	862					18393
%	73,9	26,1	4,7					100
Secundaria	5838	1475	37					7350
%	79,8	20,2	0,5					100
Educación superior	843	131	5					979
%	86,6	13,4	0,5					100
Ninguno	6685	3225	1439					11349
%	67,5	32,5	12,7					100
Total	26315	9413	2343					38071
%	73,7	26,3	6,2	100				
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN		CHI ² VALOR	VALOR P	COEFICIENTE CONTINGENCIA	VALOR P	TOTAL
Raza								
Negro	3146	1258	322					4726
%	71,4	28,6	6,8					100

Determinantes sociales de la Salud (DSH) y discapacidad en Santiago de Cali, 2012.

Indígena	765	285	44	1703,830	0,000	0,207	0,000	1094
%	72,9	27,1	4,0					100
Mestizo	21928	7698	1673					31299
%	74	26	5,3					100
Otros	223	76	20					319
%	74,6	25,4	6,3					100
No sabe, no responde	253	96	284					633
%	72,5	27,5	44,2					100
Total	26315	9413	2343					38071
%	73,7	26,3	6,2					100
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN		CHI² VALOR	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P	TOTAL
Barrera Arquitectónica								
No	6138	2030		14,627	0,001	0,20	0,001	8168
%	75,1	24,9						100
Si	19959	718						27278
%	73,2	26,8						100
No sabe, no responde	218	64						282
	77,3	22,7						100
Total	26315	9413						35728
%	73,7	26,4		100				
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI² VALOR	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P	TOTAL
Barrera Actitudinal								
No barrera	24241	8587	630	63,152	0,000	0,041	0,000	28949
%	73,8	26,2	7,2					100
Si barrera	2074	826	1671					8798
%	71,5	28,5	5,8					100
No sabe, no responde	64	218	42					324
%	19,8	67,3	13,0	100				

Determinantes sociales de la Salud (DSS) y discapacidad en Santiago de Cali, 2012.

Total	26315	9413	2343					38071
%	73,7	26,3	6,2					100

Analizando los determinantes sociales de la salud, estructurales y la relación con las restricciones en la participación social, se logró identificar, que el género femenino (71,2%), presenta menos restricción en la participación social en comparación con el género masculino (66,8%). Al realizar la prueba de chi cuadrado ($p=0,000$), Se encontró una asociación significativa entre estas dos variables, las cuales fueron confirmadas con el coeficiente de contingencia ($p=0.000$)

Respecto a la edad los grupos poblacionales adultez joven y media (74%), son los que presentan menos restricción en actividades sociales, en comparación con el 25% en los cuales si están presentes las restricciones; vejez (69,3%) no tiene restricción contra 31% que si presenta. Por ser variables asimétricas, la prueba estadística de χ^2 ($p=0,000$) mostró una asociación significativa, que fue confirmada con el coeficiente de contingencia ($p=0.000$)

Respecto al estrato socioeconómico, el 68,2% de las personas que viven en nivel bajo, no presentan restricción en la participación social, ocurre de la misma manera, para los niveles medio (72,7%) y alto (78,4%). Al aplicar la prueba estadística de χ^2 ($p=0,000$), se observaron diferencias significativas entre el estrato socioeconómico y la variable restricción, las cuales fueron confirmadas con el coeficiente de contingencia ($p=0.000$). De acuerdo al nivel de educación, las personas que realizaron estudios hasta básica primaria, el 70,4% manifiesta que no presenta restricción en la participación, en comparación al 29,5 que si lo presenta; igualmente ocurre, para las personas que realizaron estudios hasta básica secundaria 79,4% frente 20,1% y educación superior 86,1% frente 13,4%, respectivamente. Es importante destacar que las personas que no han realizado estudios escolares ni universitarios, el 67,5% no refiere restricción frente al 32,5 que si la presenta. La prueba estadística de χ^2 ($p=0,000$), mostró una asociación significativa entre el nivel de estudios y la variable restricción, el coeficiente de contingencia ($p=0,000$) confirma dicha asociación.

Referente a categorías raciales, la raza mestiza, que es donde hay predominio de personas con discapacidad, el 70% no tiene restricción en la participación, frente al 30% que si la presenta; igualmente ocurre con la raza negra, 66,6% no tiene restricción frente al 26,6 que si tiene restricción y con la raza indígena 69,9% no tiene restricción, frente al 26,1 si tienes restricción. La prueba estadística de χ^2 ($p=0,000$), evidencia una asociación significativa entre la raza y las restricciones en la participación social; el coeficiente de contingencia ($p=0,000$), confirma la anteriormente presentado.

Respecto a las barreras de tipo arquitectónico, del total de personas que presentan barreras físicas, tanto en el hogar como en el ambiente externo, el 69% no refiere restricción en la participación social, en comparación con el 31% que si presenta restricción; para el grupo poblacional que no presenta barreras de tipo físico, el 70% no presenta restricción en la participación frente al 23% que si se ven afectado. Al realizar la prueba de χ^2 ($p=0,000$), se identifica una asociación entre estas dos variables. La prueba phi, confirma dicha asociación. Referente a la barreras de tipo actitudinal, del total de la población que no presenta barreras de tipo actitudinal (82,7%), el 69,5% no presenta restricción en la participación en comparación en con el 24,6% que si la presenta; respecto al grupo poblacional que refiere presencia de barreras actitudinales (8,1%), el 65,5% no presenta restricción en comparación con el 26,1% en los cuales está presente. Aplicando la prueba estadística χ^2 ($p=0,000$), muestra el nivel de dependencia, la prueba de phi ($p=0,000$) confirma esta asociación, resultados que son estadísticamente significativos para el estudio.

Tabla 10. Relación entre Determinantes sociales de la salud intermedios y restricciones en la participación

	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	COEF CIEN TE DE CONT INGEN CIA VALO R	VALOR P	TOTAL
TIPO DE AFILIACION								
SIN AFILIACION	7876	3231	820	77,880	0,000	0,045	0,000	11927
%	70,9	29,1	6,9					100
AFILIADO	18439	6182	1523					24144
%	74,9	25,1	5,8					100
TOTAL	26315	9413	2343					38071
%	73,7	26,3	6,2					100
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	COEF CIEN TE CONT INGEN CIA	VALOR P	TOTAL
TIPO DE VIVIENDA								
CASA	24561	8811	2160	55,993	0,000	0,038	0,000	35532
%	73,6	26,4	6,1					100
INSTITUCIONALIZADO	1065	270	103					1438
%	79,8	20,2	7,2					100
OTROS	442	236	73					731
%	65,2	34,8	5,3					100
NO SABE, NO RESPONDE	247	96	27					370
%	72	28	5,3					100
TOTAL	26315	9413	2343					38071

Determinantes sociales de la Salud (DSS) y discapacidad en Santiago de Cali, 2012.

%	73,7	26,3	6,2					100
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	COEFICIENTE CONTINGENCIA	VALOR P	TOTAL
CONDICIONES DE LA VIVIENDA								
PROPIA	15535	5404	1102	174,397	0,000	0,068	0,000	22042
%	75,2	24,8	5,0					100
ALQUILER	8182	2991	967					12140
%	73,2	26,8	8,0					100
OTROS	1188	581	138					1907
%	67,2	32,8	7,2					100
NO SABE, NO RESPONDE	1409	437	136					1982
%	73,3	26,7	6,9					100
TOTAL	26315	9413	2343					38071
%	73,7	26,3	6,2					100
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	COEFICIENTE CONTINGENCIA	VALOR P	TOTAL
ACTIVIDAD ULTIMOS 6 MESES								
TRABAJANDO	3698	910	12	29028,103	0,000	0,658	0,000	4620
%	80,3	19,7	0,3					100
ESTUDIANDO	1887	177	4					2068
%	91,4	8,6	0,2					100
INCAPACITADO PARA TRABAJAR SIN PENSION	8053	4139	66					12258
%	66,1	33,9	0,5					100
OTROS	12272	4027	41					16340
%	75,3	24,7	0,3					100
NO SABE, NO	405	160	2220					2785

Determinantes sociales de la Salud (DSS) y discapacidad en Santiago de Cali, 2012.

RESPONDE								
%	71,7	28,3	79,7					100
TOTAL	26315	9413	2343					38071
%	73,7	26,4	6,2					100
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	COEFICIENTE CONTINGENCIA	VALOR P	TOTAL
ACTIVIDAD LABORAL QUE DESEMPEÑA								
OBRERO	1629	362	4	434,721	0,000	0,106	0,000	1995
%	81,8	18,2	0,2					100
PATRON	90	10	1					101
%	90	10	1,0					100
INDEPENDIENTE	1810	483	7					2300
%	78,9	21,1	0,3					100
NO TRABAJA	22786	8558	2331					33675
%	72,7	27,3	6,9					100
TOTAL	26315	9413	2343					38071
%	73,7	26,3	6,2					100
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI ² VALOR	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P	TOTAL
PROMEDIO INGRESO MENSUAL								
1 A 3 SMMMLV	26127	9360	197	32704,196	0,000	0,927	0,000	35684
%	73,3	26,4	0,6					100
MAS DE 3 SMMMLV	102	18	0					120
%	85	15	0,0					100
NO SABE, NO RESPONDE	86	35	2146					2267
%	71,1	28,9	94,7					100
TOTAL	26315	9413	2343	38071				
%	73,7	26,3	6,2	100				
	NO	SI	NO SABE	CHI ²	VALOR P	COEF	VALOR P	TOTAL

	RESTRICCIÓN	RESTRICCIÓN	NO RESPONDE	VALOR		ICIEN TE CONT INGE NCIA		
A QUIEN LE ATRIBUYE SU RECUPERACION								
SERVICIOS DE SALUD	1918	491	316	581,951	0,000	0,123	0,000	2725
%	79,6	20,4	11,6					100
FAMILIA, EMPEÑO POR SALIR ADELANTE, DIOS	4567	1024	556					6147
%	81,7	18,3	9,0					100
OTROS	52	18	7					77
%	74,3	25,7	9,1					100
NO SABE, NO RESPONDE	19778	7880	1464					29122
%	71,5	28,5	5,0					100
TOTAL	26315	9413	2343					38071
%	76,7	23,7	6,2					100
	NO RESTRICCIÓN	SI RESTRICCIÓN	NO SABE NO RESPONDE	CHI² VALOR	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P	TOTAL
ORDENARON REHABILITACION								
NO	3644	1856	223	285,591	0,000	0,087	0,00	5722
%	63,7	32,4	3,9					100
SI	22548	7517	2086					32151
%	70,1	23,4	6,5					100
NO SABE, NO RESPONDE	40	124	34					198
%	20,2	62,6	17,2					100
TOTAL	26315	9413	2343					38071
%	69,1	24,7	6,2					100

La relación entre de los determinantes sociales de la salud intermedios y la restricción en la participación social, permitió establecer que el 70% de las personas que están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), no presenta restricción en la participación social en contraste con el 23,6% que si presenta restricción, en las personas que no están afiliadas 66% no tiene restricción en comparación con el 27% que si están presente las restricciones. Se observaron diferencias significativas a través de la aplicación de la prueba χ^2 ($p=0,000$), el coeficiente de contingencia permite corroborar dicha asociación.

De acuerdo al tipo de vivienda el 69% de las personas que viven en casa no presenta restricción en la participación social, en contraste con 24,8% en los cuales si está presente las restricciones, el grupo de personas que habitan en instituciones, el 74% no presenta restricción en la participación, frente al 18% que si tienen restricción, como los datos más relevantes. Al aplicar la prueba de χ^2 ($p=0,000$), también se observan diferencias significativas, el coeficiente de contingencia confirma esta asociación. Respecto a las condiciones de la vivienda, del total de personas que viven en vivienda propia el 70,5% no tiene restricción en la participación social frente al 24,5% que si presenta restricción, del grupo de personas que viven en alquiler el 67,4% no presenta restricción en comparación con el 24,6% que si presenta restricción, como datos representativos. Al aplicar la prueba estadística χ^2 ($p=0,000$) se evidencia una asociación significativa entre estas variables, el coeficiente de contingencia confirma la asociación.

Frente a las actividades realizadas durante los últimos 6 meses, el 80% del total de personas que están trabajando, no tienen restricción en la

participación social frente al 19,7% que si presenta restricción en la participación, el 91,4% de las personas que los últimos meses están estudiando no presentan restricción en la participación, frente al 8,6% en los cuales si está presente; el 66% de las personas que están incapacitadas para trabajar sin recibir pensión, no presentan restricción en la participación frente al 34% que si tienen restricción y el 75% del grupo de personas con discapacidad que realiza otras actividades no tiene restricción en la participación, frente al 24,7% que si está presente. La prueba estadística χ^2 ($p=0,000$) permite identificar la asociación entre esta variables, siendo estadísticamente significativo para el estudio, el coeficiente de contingencia, certifica el nivel de asociación mencionado anteriormente.

Respecto a las actividades laborales, el 81,8% de las personas que realizan actividades laborales de obrero no tienen restricción en la participación, frente al 18% en los cuales está presente la restricción, en el desempeño de patrón el 90% no tienen restricción en la participación frente al 10% que si tiene restricción y las personas que trabajan de forma independiente el 79% no refieren restricción en comparación con 21% que si están presente la restricción. Se observaron diferencias significativas de acuerdo a la actividad laboral y la presencia de restricciones ($p=0,000$), el coeficiente contingencia confirma la asociación. Referente al ingreso mensual de las personas con discapacidad, el 73% del total de personas que reciben de 1 a 3 salarios mínimos mensuales legales vigentes el 73% no tiene restricción en la participación, frente el 26% que si presenta restricción, el 85% de las personas que reciben más de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes no refiere restricción en la participación, frente al 15% que si tiene restricción, la prueba estadística χ^2 ($p=0,000$), igualmente se observan diferencias significativas entre el ingreso mensual promedio y

las restricción en la participación, lo cual es un resultado estadísticamente significativo; la prueba phi confirma la asociación.

De acuerdo a los procesos de rehabilitación y su recuperación, el 74% del total de la población que le atribuye su recuperación a Dios, la familia y el empeño por salir adelante, no presenta restricción en la participación, en comparación con el 16,7% que si presenta restricción; el grupo de personas que atribuye su recuperación a los servicios de salud el 70,4% no tiene restricción en la participación, frente al 18% en los cuales la restricción en la participación está presente. La prueba estadística de χ^2 ($p=0,000$), permite establecer una asociación entre esta variables, que a su vez es un resultado estadísticamente significativo para el estudio, el coeficiente de contingencia ($p=0,000$) confirma lo anteriormente mencionado. Respecto al tipo de rehabilitación ordenada, el 70% del total de personas que le ordenaron tratamiento de rehabilitación, no tiene restricción en la participación, frente al 23,4% que si tiene restricción, para el grupo de personas que no les fue ordenado tratamiento de rehabilitación, el 63,7% no tiene restricción en la participación, frente al 32,4% que si presenta restricción. La prueba de χ^2 ($p=0,000$) evidencia una asociación significativa entre estas variables lo cual es estadísticamente significativo para el estudio, la prueba de phi ($p=0,000$) confirma la asociación existente.

8. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La salud es una aspiración y necesidad básica humana [51], que no se limita al concepto salud-enfermedad; si no que integra el conjunto de capacidades que facilitan el desarrollo humano en sus diferentes facetas, niveles de calidad de vida, acceso a servicios básicos, educación y trabajo [50].

La Organización Mundial de la Salud ha tenido como prioridad el acceso a servicios de salud para todas las personas, creando su definición en 1948, continuando con la declaración de Alma Ata, el Informe Lalonde, la Carta de Ottawa, hasta la declaración de Bangkok, afirman explícitamente que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales [52].

Los determinantes sociales de la salud, parten de un marco conceptual a partir de un enfoque holístico, que da cuenta de la evolución histórica de los valores y la ideología así como de la evidencia científica interdisciplinaria. [53] Lo que

quiere decir, que los determinantes sociales de la salud parte de la interacción de factores como nivel de ingresos económicos, educación, trabajo, salud, etc. y su influencia en el desarrollo del ser humano. Los determinantes sociales de la salud se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas. Apuntan tanto a características específicas del contexto social que influye en la salud, como a las vías por la cuales las condiciones sociales se traduce en efectos sanitarios.[54] Ana Rico, afirma que los factores sociales que influyen sobre la salud se contraponen a los factores biológicos e incluyen variables sociodemográficas, factores socioeconómicos, factores socioculturales, factores sociopolíticos, procesos psicosociales y hábitos de vida, desvirtuando aún más el antiguo concepto de salud, basado en el modelo biomédico[55].

El proceso investigativo realizado, se inicia teniendo en cuenta, que la totalidad de la población del registro para localización y caracterización de las personas con discapacidad en Cali, tiene discapacidad, en la cual se relaciona y se compara los componentes de la discapacidad a través de la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF (deficiencia, limitación permanente en la actividad y restricción en la participación), con los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios.

Es importante tener en cuenta que los determinantes sociales de la salud, parten de la interacción, entre factores sociales, económicos, culturales, sociodemográficos y como estos influyen en la salud de una respectiva población; la CIF, permite la interacción de los componentes de la discapacidad con factores ambientales, que el proceso investigativos realizado son los determinantes sociales de la salud.

Dentro de la investigación realizada sobre los determinantes sociales de la salud, se identifica que se han realizado estudios en diversos países a nivel

mundial, con mayor predominio en países industrializados, que en países en vías de desarrollo en los cuales se determina, que la presencia de enfermedad está ligado a factores sociales como los ingresos económicos.

El estudio de desigualdades sociales en salud en Europa, identificó como principales variables de desigualdad la renta, la educación, la ocupación y el acceso a servicios públicos, porque están relacionadas con la posición social que ocupan los individuos [55]. Referente a la renta el 50% de la población más pobre en España (medida través de un indicador combinado de pobreza y desigualdad social) concentra el 28% de la renta total, mientras que en Canadá este grupo concentra un 23% de la renta total y en Estados Unidos un 21%. [55]. En Colombia, hay 800 municipios con un índice de pobreza superior al 66%, lo que quiere decir que son más del 50% del total de los municipios del territorio nacional, con presencia de inequidad social [56]. En el presente estudio realizado en Cali se identificó la presencia de inequidades sociales, siendo más frecuentes, el estrato socioeconómico, el nivel educativo, trabajo e ingreso económico mensual promedio. Las inequidades sociales en las personas en condición de discapacidad tanto en el estudio de investigación realizado en Santiago de Cali, como en diversas regiones, a nivel mundial, son similares; la diferencia radica en los porcentajes o proporciones que presenta cada variable, las cuales están influenciadas por las estrategias sobre los determinantes sociales de la salud y la ejecución de políticas públicas en discapacidad de cada nación.

Respecto a los determinantes sociales de la salud estructurales, el estudio de determinantes sociales de la salud en la Unión Europea determinó que a menor ingresos económicos y por ende vivir en estratos socioeconómicos bajo, tiene relación directa con una esperanza de vida baja y mayor riesgo de sufrir enfermedades [57]. En el Reino Unido (2001) el estudio determinantes sociales identificó que en el estrato o nivel socioeconómico de la personas con discapacidad predominó los niveles 5 y 4 los cuales son considerados de nivel

socioeconómico bajo [58]. De acuerdo al Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad en Colombia estableció que el 59.8% de la población vive en estrato 1 y 2 considerado nivel bajo en Colombia. Comparando los datos anteriormente mencionados, con el proceso investigativo realizado se determina que en Cali, el 76% de la población con discapacidad vive en estrato 1 y 2, considerados dentro de la estratificación socioeconómica como nivel bajo, lo cual concuerda con los resultados registrados en otros estudios. Al aplicar la prueba estadística χ^2 ($p=0,000$) entre discapacidad y el estrato socioeconómico se evidencia una asociación significativas.

Los determinantes sociales de la salud en Asia y el pacífico, identifican igualmente en el estado de salud y la presencia de enfermedad está relacionado con el nivel socioeconómico y las características de la residencia. [51] Con el avance mundial que surge día a día, el costo de vida aumenta incluso en hogares de escasos recursos los cuales están más expuestos al consumo de tabaco, alcohol y alimentos asociados a los inadecuados servicios sanitarios y de bienestar social, convirtiéndose en factores de riesgo para el deterioro del estado de salud. El artículo 51 de la Constitución Política de Colombia dice. Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda.”[59].

El proceso investigativo permitió determinar, el 90% del total de población cuenta con servicio de energía eléctrica, acueducto, recolección de basuras y servicio de alcantarillado, evidenciando que la población con discapacidad en Santiago de Cali cuenta con servicios sanitarios básicos, componentes ideales de una vivienda digna. Comparando este valor con los con resultados de otros estudios se identifica que las condiciones de vivienda en servicios públicos son adecuadas.

Dentro de las características de la vivienda el estudio realizado en Reino Unido determino que el 80 % viven en casa, pero cabe destacar que el 8% viven en cuartos. El 33% de las personas viven en vivienda propia, contrasta con el 31% que vive en arriendo o subarriendo [58]. A nivel latinoamericano, en Chile, se identifica que el 40.6% del total de la población con discapacidad está casada y convive con pareja, el 51% son solteros. El 61% viven en casa con condiciones de calidad alta, 37.5% condiciones de calidad regular y 0.9% viven en casa de mala calidad y el 98% tiene servicios sanitarios adecuados [60]. Respecto al estudio de investigación realizado en Cali se identifican datos similares a los estudios anteriormente mencionados, donde el (80%) del total de la población viven en casa, el 8% que viven en cuartos. Al aplicar las pruebas estadísticas ($p=0,000$) se evidencia una asociación estadísticamente significativa

Las inequidades sociales están presentes en todos los países, pero en China, se presenta principalmente en la región del este afectando al género femenino, donde las principales inequidades sociales en servicios de salud fueron el acceso a la atención y el diagnóstico oportuno [51].

La declaración de Beijing (1995)[61], reconoce los derechos de la mujer y a tener control propio de aspectos relacionados con su salud. Partiendo de este principio el índice de desarrollo humano no tiene en cuenta el estado y la participación de las mujeres, fundamentales para la equidad de género.

Como factores determinantes de riesgo para salud el género, hombres y mujeres tienen diferente exposición a factores de riesgo y acceso a información y servicios de salud, esto conlleva a diferentes consecuencias sociales y económicas, generando resultados desiguales referente a la salud.

El sexo femenino está expuesto a factores de riesgo relacionados con el hogar, dadas por las características y condiciones de la vivienda; además son más propensas a enfermedades de transmisión sexual, con consecuencias graves para el sexo masculino [51].

En la región de Asia-Pacífico, ser pobre o ser mujer, es considerado un factor de discriminación, a pesar de que son las mujeres quienes usan más los servicios de salud que los hombres, caracterizado por la negligencia o el establecimiento de condiciones o condicionantes para el control de la atención en salud establecidos por el género masculino [51]; por ejemplo en la India el determinante social género, registra que hay mayor prevalencia de discapacidad en el sexo masculino (58%) en comparación con el sexo femenino (42%) [62], uno de los factores de esa prevalencia es la ubicación y característica de la vivienda en el sector rural y no cuenta con servicios sanitarios básicos. En Chile el 51% de la población con discapacidad es de sexo femenino, comparado con el 33% del género masculino [60]. En Argentina el censo del año 2007 presenta cifras donde igualmente hay mayor prevalencia en el sexo femenino (52%) frente al (48%) del sexo masculino [63]. En Lima Perú la encuesta de hogares sobre discapacidad en Lima Metropolitana (2005) registra que existe una prevalencia de discapacidad donde presenta cifras aproximadas, 5,71% en sexo masculino y 5,69 en sexo femenino mujeres [64]. En Estados Unidos se identificó que la presencia de discapacidad es más frecuente en el sexo femenino con el 12,3% frente al 11,6% del sexo masculino [65]. En México, tener discapacidad y ser mujer es un signo de mayor inequidad social, de acuerdo al Instituto Nacional de Mujeres de México, afirma que de cada 100 mujeres con discapacidad, 34 son por causa de enfermedad, en comparación con los hombres que es de 29 por cada 100 habitantes, el 7% de niños de 6 a 14 años no asisten a la escuelas, en niñas es de 7,6%, el 48% de los hombres de 15 o más, han concluido estudios de básica secundaria o con cuenta con estudios de educación superior, frente al 44% del sexo femenino, referente a actividades laborales, del total de mujeres mayores de 12 años, el 12,6% trabaja, frente al 36,4% de los hombres [66]. Otro proceso realizado en el departamento de Antioquia la prevalencia de discapacidad es frecuente en el género masculino con un porcentaje de 54,4% frente al 46,6% del sexo femenino [67]. En Santa fe de Bogotá, se identifica que la discapacidad es más frecuente en el género con el

59,9% frente al 41,1 % del género masculino hombres [68]. En el proceso investigativo realizado se establece el predominio del género femenino (52%) sobre el género masculino (48%) en la presencia de discapacidad, la cual a su vez tiene relación directa con la edad de la persona; donde la discapacidad en el género femenino es más frecuente en las personas mayores de 80 años, en comparación con el género masculino que es más frecuente en la población entre 16 y 49 años de edad respectivamente. La aplicación de las pruebas estadísticas ($p=0,000$), se establece una asociación estadísticamente significativa entre las variables

La presencia de discapacidad en el género está ligada a dos características a tener en cuenta; la edad de la persona y la esperanza de vida al nacer de cada país y región, de acuerdo a 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 [69], lo cual está relacionado con los datos de los diversos estudios interpretados anteriormente.

El género como determinante social de salud es fundamental, porque es una de las principales características que permite identificar la presencia de inequidad social en una población y especialmente en la población con discapacidad. A través del género como determinante social se logró identificar otras inequidades dentro de otros determinantes sociales de la salud tanto a nivel estructural como específico. A nivel educativo el género masculino, el 21% culminó estudio de básica secundaria frente al 17% del sexo femenino, respecto a educación superior el 3.1% de los hombres accedió a estudio de educación superior, frente al 2.1% las mujeres. A nivel laboral el 16% del género masculino está trabajando actualmente frente al 9% del género femenino. Cifra que contrasta con las actividades de oficios de hogar donde el 26% del género femenino realiza esta actividades frente al 5.5% del género masculino. La Afiliación al sistema de salud, 22.6% del género masculino está afiliado al régimen subsidiado frente al 21.6% que es servicio de salud más

frecuente. Se puede identificar que en el género femenino de la población con discapacidad presenta más inequidades sociales, frente al género masculino, respecto a los determinantes sociales de la salud.

El género en comparación con los componentes de la discapacidad, el estudio de discapacidades en España 1999, el 58% de la población de género femenino tiene deficiencia permanente, frente al 42% del género masculino [71]. El primer informe de discapacidad en la República Argentina, el 55,9% de la población de sexo masculino, presenta déficit permanente frente al 44,1% del sexo femenino. El censo del año 2000 en Panamá, del total de la población con discapacidad, de sexo masculino, el 57,4% presenta déficit motor, el 57,1% déficit visual, el 55,6% déficit cognitivo en comparación con el sexo femenino donde el 42,6% tiene déficit motor, 42,9% déficit visual y el 44,9% déficit cognitivo, como los datos más representativos [72]. En el proceso investigativo realizado se identifica que del total de la población de sexo femenino el 52% presenta deficiencia permanente en comparación con el 48% del sexo masculino; a partir de esto se logra establecer que el sexo femenino, es el grupo poblacional, más afectado, resultado que coincide con los estudios de investigación anteriormente presentados. Referente a las limitaciones permanentes en la actividad, la encuesta de salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2007) en España, determinó que el 52% de la población del género femenino presenta limitación permanente en la actividad, en contraste al género masculino con el 48% respectivamente [73].

El estudio “hombres y mujeres en México 2011”, el 62% del total de mujeres, presenta en sus resultados limitación para caminar o moverse; el 27,7% limitación para ver; el 11% limitación para oír como datos más relevantes, valores que al comparar con los hombres, el 54,3% tiene limitación para caminar o moverse, el 26,7% tiene limitación para ver y el 13,3% limitación para oír [74]. En el estudio realizado en Santiago de Cali se identifica que el 52% del total de la población de mujeres presenta limitación permanente en la

actividad en comparación con los hombres que registra el 48%, valores que son similares en los diversos estudios presentados anteriormente.

Respecto a la edad de la personas con discapacidad, el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España (2005) determinó que la discapacidad es más frecuente en la población adulto mayor con rango de edad entre 65 y 79 años con un prevalencia de 1,87%, en mayores de 79 años con prevalencia de 3,34% [75]. En Estados Unidos (2005), la población en la que existe mayor presencia de discapacidad es la adulto mayor (65 años en adelante), con una prevalencia del 51,8% [65]. En el Reino Unido, el predominio de personas con discapacidad, se da en el rango de edad entre (16 – 49 años) seguido de la población adulto mayor, ambos grupos poblacionales, tienen cifras aproximadas entre sí referente al nivel prevalencia con el 5.1% y el 5% respectivamente. [76]

En Argentina, la prevalencia de discapacidad es frecuente en personas de 30 a 64 años (51%) [63], en edad productiva seguida de la población adulto mayor (35%). En Santafé de Bogotá, se determinó que a mayor edad mayor riesgo de discapacidad, la cual presenta una prevalencia de 233,7 por cada mil habitantes en personas mayores de 80 años [68] lo que quiere decir que por cada mil personas mayor de 80 años hay 233 personas en condiciones de discapacidad. Respecto a la población con discapacidad en Santiago de Cali, el grupo de edad entre 20 y 64 años es el más afectado por la discapacidad y son los adultos mayores de 80 años quienes en mayor porcentaje presentan discapacidad, al comparar la edad frente la discapacidad en el estudio de Santiago de Cali se identificó la asociación existente entre las variables lo cual es estadísticamente significativo.

La encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de dependencia (2008) en España [77], determinó que la deficiencia más frecuente en personas de seis y más años con discapacidad son las que afectan a los huesos y articulaciones (39,3%), oído (23,8%), visual (21%), mentales (19%), la prevalencia de discapacidad en la infancia en el Reino Unido, identificó el 7,3%

de los niños presenta discapacidad, con deficiencias principalmente a nivel motor y mental como los datos más representativos [78]. En el proceso investigativo realizado, el grupo población en el cual es más frecuente la presencia de deficiencia permanente es la población adultez media (33,8%), , seguido de la población vejez (28,7%) respectivamente, se evidencia congruencia de información del estudio con los antecedentes revisados.

Respecto a la edad y las limitaciones permanentes, la caracterización sociodemográfica de la población con limitaciones permanentes en Colombia, establece, que las limitaciones permanentes son más frecuentes en el sexo masculino, en todos los grupos de edades, a partir de los 39 años la tasa de limitaciones comienza a crecer, y es a partir de los 50 años es cuando las limitaciones permanentes crecen desmesuradamente. El grupo de edad con rango de 80 años y más, las limitaciones permanentes continúa en aumento pero son más frecuentes en las mujeres [79]. En el censo de discapacidad en Argentina (2010), las personas en el rango de edad entre 55 y 59 años de edad (353,427) y de 50 a 54 (346,752) tienen limitación permanente para ver, las personas de 80 años y más (357,564), presenta limitación permanente de tipo motor, como los datos más representativos [80].

El Sistema Estadístico de la Comunidad autónoma de Canarias, determinó que del total de la población con rango de edad de 6 y más años el 80% presenta limitaciones permanentes. Respecto a la discapacidad y las limitaciones permanentes en la población con discapacidad en Cali, el grupo poblacional la adultez media es el grupo poblacional (33,8%), con más limitaciones permanentes, seguido de la población adulto mayor (28,7%) como los datos más representativos.

El estudio sobre promoción de la calidad de vida percibida en niños y adolescentes con parálisis cerebral realizado en Castilla y León muestra que los niños y adolescentes de esta comunidad presentan baja diversidad y alto nivel de participación social, que al comparar con la población con las mismas características pero sin discapacidad, los niveles de participación social

disminuyen [82]. Así mismo el estudio realizado en Gran Bretaña, en personas de 0 a 50 años, que presenta dolor de rodilla, identificó, que presentan restricción en la participación en la realización de actividades fuera de casa, requiriendo la utilización de ayuda externa para su desplazamiento, asociado a la limitación por dolor en rodilla, están los factores ambientales como la falta de acceso a servicio de transporte público (OR ajustado 2,3, IC 95% 1,4-3,9) y no tener acceso a un coche (OR ajustado 1,6, IC 95% 1,1-2,4). En el proceso investigativo realizado, los grupos poblacionales adultez media (74%) y vejez (69%) son los que presentan mayor restricción en la participación en la población discapacidad en Cali, lo cual evidencia concordancia con los antecedentes revisados.

La educación, ha sido considerado uno de los determinantes sociales de la salud estructurales más relevante, ya que es un elemento clave en el desarrollo sostenible de una nación [51], está altamente correlacionado con otros determinantes sociales de la salud, tales como el nivel de ingresos, el empleo, seguridad y las condiciones de trabajo. Visto desde esta perspectiva, la educación ayuda a las personas para ascender en la escala socioeconómica y proporciona un mejor acceso a otros recursos sociales y económicos.

De acuerdo con el Banco Mundial, "la educación participativa de la salud para los escolares es una de las formas más oportuna y eficaz de la promoción de estilos de vida saludables y prevenir la pandemia emergente de enfermedades no transmisibles entre la próxima generación de los pobres" [51]. Las estrategias de educación en la región de Asia Pacifico, están orientada a toda la población infantil, pero especialmente al género femenino; porque permite a la mujer adquirir criterio para la toma de decisiones informadas y adoptar hábitos y estilos de vida saludable. La formación educativa especialmente en las niñas, facilitar el aumento de proveedores de servicios de salud y educadores a la comunidad; aumentando las tasas de alfabetización en países en vía desarrollo, disminuyendo a su vez las tasa de mortalidad materna [51, 61].

En cuanto al nivel educativo de la población con discapacidad, en Chile el 38.2% ha realizado estudios de básica primaria, 38.5% básica secundaria, 9.9% han realizado estudios universitarios, 5.7% estudios técnicos o tecnológicos [60]. En Lima, Perú el 13% de la población total no presenta nivel de escolaridad en comparación con el 23% de la población con discapacidad culminó estudios de básica secundaria, el 5% culminó estudios técnicos, 6% culminó estudios universitarios, y cifras inferiores al 1% han realizado estudios de postgrado [84]. En el Reino Unido (2001) el 48% en género masculino y 61% género femenino no presenta título académico formal, lo cual está directamente relacionado con la edad (población adulto mayor) [76]. En Estados Unidos el 34% de la población con discapacidad culminó sus estudios de educación básica pero no accedió a educación superior. El 30% ha realizado estudios de educación superior pero estos no fueron culminados; el 12,3% culminó estudios de básica primaria [65]. Respecto a nivel educativo en Colombia se identifica que en Bogotá el 21,52% de la población mayor de 3 años no tiene nivel de escolaridad o no ha aprobado ningún año, con predominio del sexo femenino; el 25,1% no ha culminado estudios de básica primaria en comparación al 20,9 que culminaron este nivel, el nivel de básica secundaria el 0,26% culminó estudios, en contraste del 23,9% que realizaron estudios incompletos. A nivel de educación superior el 1,85% ha realizado estudios técnicos o tecnológicos y el 1,05% estudios universitarios de los cuales el 0,35% continuo con estudios de posgrado [64]. En Antioquia el 37% de la población no realizó estudios de educación superior y post grado [67]. Al realizar la comparación de los datos a nivel mundial con el estudio de investigación realizado se observa que en Santiago de Cali la educación para las personas con discapacidad ha sido un gran limitación o barreras dentro de sus actividades sociales, del total de la población, menos del 50% culminó, cifras inferiores al 20% realizó estudios de secundaria, respecto a la educación superior presenta cifras alarmantes, donde menos del 5% han realizado estudios, principalmente personas con discapacidad adquirida principalmente por accidente (ver anexo); con base a los resultados obtenidos,

se evidencia ausentismo escolar, 28%, siendo el sexo femenino el que presenta mayores cifras. Se destaca como al comparar el nivel educativo y discapacidad se presenta asociación entre las variables estadísticamente significativo.

Los datos anteriormente presentados resalta los aspectos positivos y negativos de la ejecución de las Políticas Públicas en Discapacidad, se utiliza como ejemplo Chile, en donde sus estrategias logran que más del 30% de la población con discapacidad culmine estudios de educación básica [85]; contrastando con los datos registrados en Lima [84] y el estudio realizado en Cali, donde la cifras son inferiores al 20% y tienen registro altos de ausentismo, motivo por el cual son una muestra de la inequidad educativa en la región.

El nivel educativo como determinante social, en las personas con deficiencias en España, refleja que las personas con múltiples deficiencias (59%), mentales (56%) y lenguaje (53%), no han terminado estudios primarios [86]. La encuesta de vida, discapacidad y educación (2001), determinó que el 49,6% de la población con deficiencia no tiene acceso o no ha realizado ningún nivel educativo. Respecto al estudio realizado en Cali, el 48% de las personas que presentan deficiencia permanente realizaron estudios hasta básica primaria, 19% estudios de básica secundaria y el 30% no ha realizado estudios de formación escolar.

Respecto a la educación frente a la limitación en la actividad, las mujeres en Canadá que tienen limitación en la actividad, el 42% no tiene acceso después de educación secundaria en comparación con el 33%, de mujeres que no tiene limitación en la actividad [87].

La encuesta de limitación en la actividad y restricción en la participación en Canadá (2006), estableció que el 5,4% de la población, con limitación en la actividad, en un rango de edad de 15 a 64 años, asistían a una escuela, colegio o universidad [88]. La encuesta de salud de california (2001), determinó que el 20% de las personas que presentan tres o más limitaciones

en la actividad realizaron estudios de básica secundaria, pero no fueron culminados, 17% finalizo estudio de educación básica, 14% realizó estudios universitarios, 12% obtuvo título profesional y 9% realizó estudios de posgrado [89]. Al comparar los datos anteriormente mencionados con el estudio realizado, el 48% de las personas que presenta deficiencia realizaron estudios hasta básica primaria, 19% estudios de básica secundaria y el 30% no ha realizado estudios de formación escolar.

La medida de actividad y participación en personas con trastornos neurológicos en Irlanda (2008), determinó que el 32% del total de la población, presenta restricción en la participación en actividades educativas y de entrenamiento [90]. El estudio de prevalencia y asociaciones de restricciones en la participación en adultos de 50 años en adelante en la población general en Reino Unido, identificó que el 4,1% restricción en la participación en acceso en educación. [91]. Respecto al proceso investigativo el 70,4% y el 79,4%, realizaron estudios hasta básica primaria y secundaria respectivamente, no refieren restricción en la participación.

Durante la historia de la humanidad han existido diferencias raciales, que han influido dentro de la estratificación socioeconómica y el acceso a derechos y recursos. A principios del siglo XIX el concepto de raza dividió poblaciones basándose en sus características físicas, la cual se declinó posterior a la segunda guerra mundial. Actualmente raza/etnia, es utilizada enfatizado en el origen socioeconómico. [92] por ejemplo en Chile, durante el periodo de la conquista, las personas que vivían en estrato socioeconómico alto, eran españoles, que no se mezclaron, a mezcla entre españoles europeos y mujeres mestizas en estrato medio, en el estrato más bajo se concentró las mezclas entre mestizos-mestizos y mestizos amerindios [92]. El termino raza presenta variabilidad en su interpretación, en 1790 en Estados Unidos, la personas de piel negra era catalogada como esclava, en 1850 como negra o mulata, en 1890, persona de ascendencia negra, 1950, negra, año 2000, persona

afroamericana. Pero la raza y la estratificación socioeconómica continúan teniendo relación directa entre sí.

En Cali (Colombia) Bustamante y Arroyo (2008), evidenciaron que ser trabajador de raza negra, aumenta las probabilidades de encontrarse con un empleo de mala calidad en un 12,2% para el segundo trimestre del año 2004 [93], el cual afecta el nivel de ingreso mensuales, influyendo en acceso a servicio de educación, nutrición, servicios de salud en Estados Unidos (2009) la raza en la que hay predominio de la discapacidad es la Nativa Americana (18%), seguida de la raza negra (14%) [65]. La categoría racial, en Santiago de Cali hubo predominio de la Raza mestiza (82%), cifra aproximada al resultado nacional (92%), seguida de la raza negra (4,8). La categoría racial y la discapacidad en el presente estudio no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

La raza como determinante social frente a la limitación en la actividad, la encuesta de california identificó que la raza nativo Alaska indio americano (26%), presenta 3 o más limitaciones en la actividad, afroamericano (22%), blanco (15%), como los datos más representativos [89]. La estimación de limitación en la actividad en población no institucionalizada, logro determinar que la raza y el sexo son predictores de discapacidad estadísticamente significativos. En el proceso de investigación realizado el 82% de las personas de raza mestiza y el 14% de raza negra, presentan limitación en la actividad, como los datos más representativos, resultados que se asemejan a los valores de los estudios presentados anteriormente.

El estudio de factores que afectan la participación de estudiantes estadounidenses en proceso de investigación afroamericanos, determino que los participantes tenían más probabilidades, de participar en estudios de universidades de universidades de predominio negro o de encuestador afroamericano, evidenciando la restricción en la participación por parte de otras razas [94]. En Brasil el 20,3% de las mujeres de raza negra, presenta restricción en el acceso a actividades laborales, frecuentemente se agrava por

la discriminación derivada de origen social [95]. Al comparar con los datos, la población con discapacidad en Santiago de Cali, el 74% de la población de raza mestiza, 73% de raza indígena y 71% de raza negra, no presenta restricción en la participación social, lo que permite establecer que la restricción en la participación en la población con discapacidad en Cali, no tienen relación directa con la raza, razón por la cual no estadísticamente significativo.

Existen múltiples consecuencias de la discapacidad, en países como Chile [70], la enfermedad general ocupa el primer lugar como consecuencia de discapacidad, en México de cada 100 personas que tienen discapacidad 39 son por enfermedad general, 23 por edad avanzada, 16 por herencia complicación del embarazo o complicaciones del parto, 15 consecuencia de algún accidente 8 otras causas [96]. En Perú, dentro de las causas de la discapacidad, el 25% de los niños menores de 5 años presenta desnutrición crónica, 68% de niños menores de 2 presenta anemia; los accidentes de tránsito, causan la cuarta parte de la discapacidad [98] A nivel nacional en ciudades como Medellín [64] y Barranquilla [99], la enfermedad general es la primera causa como consecuencia de discapacidad, seguido de los accidentes. Comparando los datos latinoamericanos con el estudio de investigación, el 80% de la población, conoce el origen de su discapacidad la cual es atribuible como principal consecuencia la enfermedad general (33%) y accidentes (11%). Comparando la discapacidad y el origen de la discapacidad y sus respectivas consecuencias, presenta diferencias estadísticamente significativas

La discapacidad parte del sentido de que existen alteraciones su condición de salud, es decir una deficiencia ya sea en su estructura o función según la CIF, las cuales pueden limitar el desempeño en actividades básicas e instrumentales y/o restringir la participación social. Los diferentes estudios realizados en Latinoamérica identifican que, en Perú, en Lima y el Callao ciudades donde se realizó el estudio y alberga el 30% de la población total del país el 75% presenta discapacidad o alteraciones de tipo motriz y visual [84].

En Chile el estudio nacional de discapacidad del año 2005, determinó que en el 31% de la población hay predominio de las alteraciones de la movimiento corporal humano, seguida de las alteraciones visuales con 19% [85] en la República Argentina 31 de cada 100 personas con discapacidad tiene déficit de tipo motor, 15 por déficit visual, 12 por déficit auditivo, 12 por déficit mental como los datos más representativos [99]. A nivel nacional en Santa Fe de Bogotá hay predominio en las alteraciones del movimiento corporal humano (21%), seguido de las alteraciones cardiorespiratorias y defensas [68] (18%), lo que puede estar relación con complicaciones de enfermedades y hábitos y estilos de vida; en el Departamento del Atlántico, las alteraciones del sistema nervioso son las más frecuentes en la población (22%), seguidas de las alteraciones del movimiento corporal humano (20%) [98]. En Santander las alteraciones del movimiento corporal humano son predominantes (20%), seguidas de las alteración visuales y sistema nervioso (17%) [100] respectivamente. Comparando los datos de la región latinoamericana con la investigación realizada se identifica que, las alteraciones permanentes más frecuentes fueron las relacionadas con el movimiento corporal humano (54%) y las alteraciones sistema nervioso (50%) y las alteraciones visuales (48%). A través de las pruebas estadísticas se establece la asociación entre las variables estadísticamente significativo. Comparando las alteraciones permanentes y la discapacidad presentaron diferencias estadísticamente significativas

Como se mencionó anteriormente, las alteraciones o deficiencias permanentes, influyen en el desempeño de las actividades cotidianas, actividades como caminar (principalmente), correr y saltar son fundamentales para poder ejecutar diversas actividades en nuestro diario vivir. La diferencia radica en la forma como realizamos esas actividades diarias, desde el concepto de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, si se ejecuta una actividad, de manera distinta a lo que se considera normal para el ser humano, tendría significado de persona con discapacidad [73].

Dentro de las limitaciones en las actividades cotidianas en Bogotá, la variable, limitación para caminar, correr y saltar, es más frecuente con el 58% seguido de la limitación para pensar y memorizar. La limitación dentro de las actividades cotidianas más frecuente en el estudio realizado, es la limitación para caminar, correr y saltar, seguido de la limitación para desplazarse por problemas respiratorios o del corazón 43% [65]. En Medellín el 20% de la población con discapacidad manifestó que la mayor limitación dentro de sus actividades básicas, memorizar y pensar, seguido de caminar, correr y saltar con el 17% [74]. Comparando los datos a nivel nacional con el proceso investigativo realizado, la limitación para caminar, correr y saltar es la limitación más frecuente (57%), seguido de la limitación para pensar y memorizar (44%) y limitación para moverse por problemas respiratorio y del corazón (28%). Al comparar la discapacidad con las limitaciones permanentes se encontró asociación entre las variables estadísticamente significativo

Existen diferentes barreras de tipo arquitectónico, las cuales comienza en el hogar donde hay presencia de estas en dormitorio, baño y pasillo, lo que puede limitar la realización de actividades básicas ya sea de forma independiente o asistida a un espacio reducido. Es importante tener en cuenta aspectos como el tipo de vivienda, las condiciones de esta, el estrato socioeconómico, el tipo de actividad que realiza referente a si es una persona que trabaja, es incapacitado para trabajar con o sin pensión y si existe restricciones en la participación de tipo familiar; características que puede influir en la continuidad de las limitantes generada por la presencia de la barrera arquitectónica o la superación de esta.

La presencia de barreras de tipo físico, se convierte en un factor influyente en los determinantes sociales de la salud, ya que generan mayor limitación para la realización de actividades cotidianas y sociales, Vernaza, Castillo y Pinzón, identificaron que la mayor barrera arquitectónica que dificultaba el acceso al hospital universitario San José de Popayán eran las puertas de acceso con el 85,5%. En España un estudio realizado en doce ciudades sobre movilidad y

barreras arquitectónicas en 143 edificios públicos, donde los problemas más comunes están relacionados con la presencia de escalones, los cuartos de baños, la ausencia de zonas de parqueo para personas con discapacidad y el acceso a servicio público como los datos más relevantes [102]. Acorde al estudio la población con discapacidad en Cali, refiere mayor presencia de barreras en calles, andenes y medios de transporte público, lo cual genera limitaciones para acceder a actividades laborales, educativas, y servicios de salud. Los aspectos anteriormente mencionados influyen en el sentido de que se ve afectado el principio de equiparación de oportunidades, lo cual se evidenció a través de los resultados encontrados en el estudio. La comparación entre discapacidad y las barreras tipo físico, encontró diferencias estadísticamente significativas.

Referente a las barreras de tipo actitudinal; en Latinoamérica, en Chile, el estudio nacional de discapacidad (2005) determinó que 4 de cada 5 personas con discapacidad participa en actividades y 2 de cada 3 en decisiones familiares [85]. A nivel nacional en Bogotá el 30% manifiesta dificultad en la actitud de los familiares y de otras personas como la principal restricción en diversas actividades [68]. Comparando los datos latinoamericanos, con el proceso investigativo realizado el 10% manifiesta dificultad referente a la actitud de los familiares; el 4% barreras actitudinales con vecinos y el 3% con amigos. El 8% refiere que no existen barreras de tipo actitudinal, cabe destacar que el 72% del total de la población no respondió esta pregunta. En la comparación de la discapacidad y barreras actitudinales se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Las restricciones sociales está ligada a la presencia de barreras físicas, la encuesta de oportunidades de vida, a las personas con discapacidad pueden sufrir cuatro veces más en el acceso a edificios 29% frente al 7% de las personas sin discapacidad, tres veces más dificultades de acceso a sala de su casa 12% frente al 1%; igualmente son más propensos a presentar restricción de acceso a transporte de servicio público 74% frente al 58% respectivamente.

Al comparar estos datos con lo registrados en Cali Es importante mencionar que a pesar de que existen barreras de tipo arquitectónico el 73% del total de la población no refiere restricción en la participación frente al 27% en los cuales está presente. Es importante recordar que debe ser la sociedad que se adapta a las personas en condición de discapacidad y no las personas a la sociedad; los determinantes actitudinales hacia la discapacidad de personas sin discapacidad en empresas, determinó que la actitud hacia las personas con discapacidad era favorable, por parte de las personas sin discapacidad, sin embargo este resultado no se puede generalizar ya que fue un estudio de aproximación de las actitudes de las personas sin discapacidad realizado en pequeñas empresas del área metropolitana. Frente a la investigación realizada el 74% de la población no refiere presencia de barreras de tipo actitudinal, por parte de la comunidad cercana y sociedad, en contraste con el 26% en los cuales está presente.

Como determinante social intermedio se destaca el sistema de salud de cada nación, la cual como derecho universal, presenta inequidades sociales que son más frecuentes en poblaciones vulnerables. La Encuesta Nacional de Niveles de Vida en Panamá, determinó que la mitad de la población, no está protegida por ningún servicio de salud, obligando a las personas a utilizar los servicios públicos de salud ofrecidos por el Gobierno, o pagar por sus propios medios [103]Debido a estas falencias los gobiernos de las diferentes naciones, han dado prioridad a programas enfocados en la reducción de la pobreza y el acceso a servicios de salud para la población. En China los sistemas de política social incluyeron la variable años potenciales de vida perdidos y ajustados por discapacidad (AVAD), los cuales servirán de indicadores de esperanza de vida y salud en el país [51].

En México el 33.4% de las personas con discapacidad son atendidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el 5.8% por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores y el 1.2% es atendido por Petroleros

Mexicanos, Secretaria de la Marina y la Secretaria de Defensa Nacional [104]. En Lima el 62% de la población total con discapacidad no están afiliados a un servicio de salud como tal con predominio en la población adulto joven en edad productiva [84]. En Chile (2011), parte del principio de que la salud tiene relación directa con el nivel socioeconómico de la población, con lo cual las desigualdades en salud son el resultado de las desigualdades sociales. El sistema de salud de Chile se caracteriza por ser mixto, manejado por el sector público y privado; de los el 70% del total de la población tiene derecho al servicio de salud pública con el cubrimiento de 100% de los costos por servicios de salud [60]. El estudio realizado en Bogotá el 49,9 % del total de la población está afiliada a régimen contributivo, el 45,4% al régimen subsidiado y el 4,6 % a regímenes especiales [68].

La Comparación de los datos a nivel mundial con los encontrados en la investigación en Santiago de Cali las personas en condición de discapacidad con base a la información encontrada el 77% de la personas con discapacidad en Cali está afiliada a los diferentes sistemas de salud que existen en Colombia. El 45% pertenece al régimen subsidiado, seguido del régimen contributivo con el 22% y régimen vinculación especial con el 8%. Es importante destacar que hay un 22% cifra similar a la de las personas afiliadas al régimen contributivo, que no están afiliadas a ningún servicio de salud, lo cual puede ser un problema de salud pública, porque, sería un grupo poblacional, con mayores posibilidades de estar expuesto a factores de riesgo que generen enfermedad y no tener un control adecuado de ellos. Al realizar la comparación y aplicar las pruebas estadísticas ($p=0,000$) se identificó la asociación existente entre las variables estadísticamente significativo

La afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud y las deficiencias permanentes, la caracterización de la discapacidad física, en niños menores de 6 años matriculados en hogares del Instituto de Bienestar Familiar, el 100% de los niños están afiliados a un servicio de salud [105].El estudio de situación de

discapacidad de la población adulta con lesión medular, de la ciudad de Manizales, el 98% está afiliado al sistema general de seguridad social en salud de Colombia [106]. El observatorio social, en el boletín de la población sorda colombiana, basados en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, identificó que el 74% de la población de déficit auditivo está afiliada al sistema de salud de Colombia [107]. Al comparar los datos anteriormente presentados con el estudio realizado el 69% del total de la población está afiliada al sistema de salud, frente al 31% que no lo esta

Respecto a afiliación al sistema de salud y limitación en la actividad, el estudio de educación, salud y empleo de la población con algún tipo de limitación de Medellín, determino que el 84,5% del total población están afiliadas al sistema de salud [108]. En la República Oriental del Uruguay el 99% de las personas con limitaciones en la actividad están, afiliadas al sistema de salud [109]. Los estudios latinoamericanos al compararlos, con la investigación realizada, el 69% de las personas con discapacidad están afiliadas al sistema de salud, en contraste con el 31% que no está afiliada a ningún servicio de salud.

Las diversas naciones han creado estrategias, para que todo sus ciudadanos tengan acceso a un servicio de salud, pero es importante tener en cuenta que la atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman, y con los datos presentados observamos que la salud como determinante social presenta falencias, que pueden estar relacionadas con los sistemas de salud y sus estrategias en intervención en diferentes grupos poblacionales.

En el año de 1983 el convenio sobre la readaptación profesional y el empleo en personas invalidad (n. 159) (OIT 1983); en su artículo primero, apartado 1, se entiende como persona invalida toda persona cuyas posibilidades de obtener y

conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden sustancialmente reducida a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida [110].

Posteriormente en su apartado 2 del artículo No. 1 menciona que todo miembro del convenio deberá considerar que la finalidad de la readaptación profesional es la de permitir que la persona invalidada obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo y que se promueva así la integración o la reintegración de esta persona en sociedad [111].

De lo anteriormente mencionado se puede establecer que se reconoce a la persona con discapacidad como ciudadano y miembro de una comunidad el cual tiene derechos y deberes. Dentro de sus derechos a nivel laboral está la adaptación o readaptación profesional, basando en el principio de igualdad de oportunidades entre los trabajadores con discapacidad y trabajadores en general.

En España (2008), el 28% de la población con discapacidad trabajaba, con predominio del sexo masculino con cifras casi 10 puntos superior al sexo femenino, y acorde al tipo de discapacidad, la deficiencia auditiva y visual son la población con mayor inserción laboral [75]. En Chile el 30.9% de la población con discapacidad, trabaja en diversas empresas, el 8.3% trabajan de forma independientes, el 1.3% ocupa cargos gerenciales y el 3.5% están desempleados. Es importante resaltar que el 37.9% están inactivos para realizar actividades laborales, [60 sin embargo es importante tener en cuenta, que existe mayor frecuencia de discapacidad en el género femenino, el cual es más frecuente en edad, cuya principal ocupación está relacionada con actividades del hogar.

El departamento Administrativo Nacional de estadística (DANE) en su informe trimestral correspondiente al periodo entre diciembre de 2011 y febrero de 2012 determino que el 50,5% de la población que laboró lo realizaba en actividades de empleo informal [112]. En Bogotá el 16% de la población con discapacidad

trabaja, principalmente en actividades de servicios y comerciales [68]. En el departamento del Cauca el 14% se desempeña en actividades laborales donde predominan las actividades en el área agrícola y otro tipo de actividad [113].

Comparando los datos internacionales y nacionales con la investigación realizada en la población con discapacidad en Santiago de Cali, solo el 12% de los cuales menos del 50% se dedican a actividades laborales de forma independiente que tienden a ser derivadas del trabajo informal o subempleo con predominio en actividades de servicio y comerciales. La comparación de actividades y desempeño laboral con la discapacidad, permitió identificar diferencias estadísticamente significativas

Gran parte de la población manifiesta que presenta incapacidad permanente para trabajar y no recibe pensión, lo que conlleva a generar situación de dependencia económica, realizar en rol de oficios de hogar o buscar la forma de producir ingresos a través de actividades como el subempleo o limosna. Adicional a esto se presenta la presencia de barreras de tipo físico, que pueden tener presencia en el desplazamiento (calles, andenes, servicios de transporte), como la dificultad de adaptación del puesto de trabajo a sus capacidades y cualidades generando barreras de tipo actitudinal.

Como se mencionó anteriormente la ocupación es uno de los principales determinante de la posición socioeconómica, y a su vez de determinante social de la salud, la incapacidad para desarrollar actividades laborales, está ligada a factores propios de la salud y sociales, en nuestra región, predomina los conceptos de invalido o minusválido, los cuales generan estigmatización que influyen en la ejecución de actividades laborales y por ende afecta la posición socioeconómica, y se observa en los resultados obtenidos. Adicional a esto el sistema de salud sigue basado en el modelo biomédico, el cual se centra más en el tratamiento y rehabilitación y no tiene en cuenta los factores contextuales. Referente a los factores ambientales como determinantes en actividades laborales versus deficiencia; la población con deficiencias visuales

en Estados Unidos, solo el 41,5% son empleados, entre personas que no pueden ver palabras o letras la cifra se reduce al 29% respectivamente [114].

La población con déficit auditivo en Colombia y sus características sociodemográficas, solo el 12% está trabajando [107]. Al comparar con la investigación realizada, solo el 12% del total de la población trabaja, el 32% está incapacitado permanente para trabajar y no recibe pensión y el 43% se dedica a actividades diversas

Las personas con limitación en la actividad frente a las actividades laborales, el 26% de las personas con limitación permanentes en Medellín, está incapacitado para trabajar permanente y el 78% de las personas no recibió ingresos de ningún tipo en el año 2008 [108]. Frente a los determinantes sociales en la población con discapacidad de Cali, el 12% trabaja, el 32% está incapacitado permanente para trabajar sin pensión y el 43% realiza otras actividades

Respecto a actividades laborales y restricción en la participación, la encuesta de oportunidades de vida (2010), identificó que las personas con discapacidad presentan, mayor restricción en la participación en oportunidades de empleo (56%) frente a las personas sin discapacidad (26%) [115]. El estudio de restricciones en la participación en el trabajo, determinó que las personas que están desempleadas presentan mayor restricción en la participación en todos los ámbitos de la vida, que las personas que son empleados [116]. Respecto al proceso investigativo realizado, el 80% de las personas que trabajan, el 91% de las personas que estudian y 66% de personas incapacitadas para trabajar sin recibir pensión, no refieren restricción en la participación.

La discapacidad está ligada a pobreza y esta al promedio de ingresos mensuales, en Ecuador el 50% de las personas con discapacidad está ubicada en el quintil I y II, donde su ingreso mensual per cápita oscila entre 0 y 30 dólares mensuales; este porcentaje es 20% mayor a la población si discapacidad ubicada en los mismos quintiles [117]. En la República Oriental

del Uruguay, el promedio de ingresos mensuales de las personas con discapacidad es 27% inferior al promedio de las personas sin discapacidad, a nivel laboral el salario es 37% inferior al salario mínimo de una persona sin discapacidad, la diferencia es más notoria en el género donde una persona con discapacidad de género masculino recibe \$3337 menos que una persona sin discapacidad, respecto a las mujeres la diferencia es \$2908 menos [109]. Acorde al estudio realizado los ingresos mensuales aproximados de las personas que laboran son \$281.882, cifras inferiores al salario mínimo mensual legal vigente del año 2005, los cuales pueden ser destinados al cubrimiento o satisfacción de necesidades básicas como alimentación, servicios de salud y vivienda, donde las personas que viven en vivienda propia (34%) y las personas que viven en arriendo o subarriendo(32%) presentan cifras aproximadas; lo cual sería un factor limitante para acceso de a actividades educativas, sociales, recreativas, etc. a través de las pruebas estadísticas ($p=0,000$) se evidencia una asociación significativa entre estas variables

Los componentes de la discapacidad, en comparación con el promedio de ingresos mensuales, el perfil de discapacidad de Canadá (2006), identificó que el promedio de ingresos dependía de tipo de deficiencia; una persona con deficiencia del desarrollo, gana el promedio de ingreso más bajo (\$ 15,247), las personas con déficit visual (\$23,584), con déficit de movilidad (27,057), déficit auditivo (\$ 28,663) y las personas que informaron dolor como discapacidad son las que más ingresos económicos reciben (\$ 28,814) [118]. Respecto a la limitación en la actividad la caracterización de niños menores de 6 años con limitación en la movilidad, acorde al promedio de ingresos familiares, el 60% percibe en ingresos (1) salario mínimo mensual legal vigente [105]. El 78% de las personas con limitación en Medellín no perciben ningún tipo de ingresos [108]. Comparando los datos anteriormente mencionados, con el proceso investigativo realizado, el 94% de las personas con limitación permanente en la actividad, perciben un ingreso promedio entre 1 a 3 salarios mínimos mensuales vigentes.

Referente a la recuperación de su discapacidad los estudios realizados en Bogotá y Medellín el 80% consideran que no se ha recuperado de su condición de discapacidad [74]. Al comparar los datos nacionales con el estudio realizado, el 76% del total de la población se expresó de forma negativa. Al comparar la discapacidad con la recuperación de la discapacidad, se encontró asociación estadísticamente significativa.

La prestación de los servicios generales de salud es considerada como el principal factor de recuperación de discapacidad, el aspecto espiritual es un factor fundamental dentro de su proceso de rehabilitación, diversos estudios de espiritualidad en e situaciones crónicas de enfermedad con discapacidad, se destaca con una forma de manejar las dolencias, como un ancla en medio de la dificultad, una esperanza en la cercanía de la muerte, un componente fundamental para quienes alteraciones genéticas o endocrinas o limitaciones asociadas con la edad[119] . Desde la perspectiva terapéutica se ha estudiado el impacto de la espiritualidad en el comportamiento en situación de discapacidad y se evidencia como los paciente con enfermedad crónica discapacitante han podido mejorar los comportamiento o resultados de algunos tratamiento y como la espiritualidad influye en su procesos de adaptación. Variable que presenta cifras superiores a ayuda de la familia. Respecto a la relación familia- discapacidad, Chinchilla [120] afirma que la “familia” puede sufrir dos procesos fundamentales al presentarse una crisis sin el debido tratamiento: uno, que es el más beneficioso para el paciente, es que la familia se llegue a unir aún más por la situación que sufre uno de sus miembros; pero otro que es muy perjudicial para el miembro accidentado o con discapacidad es que su familia se desborona raíz de la situación que se les presenta. Asimilar la condición de discapacidad de un familiar no es fácil, si adicional a esta se incluye determinantes sociales estructurales e intermedios como la ubicación de la vivienda, el estrato socioeconómico, el nivel educativo tanto de la persona con discapacidad como del familiar-cuidador, los niveles de ingresos económicos mensuales etc.; lo cual puede justificar que la familia

sea un factor involuntario de restricción social inicial, que termine afectando la participación en otras actividades de tipo instrumental.

El estudio realizado en Bogotá, el 46% le atribuye su recuperación a los servicios de salud, 24% a Dios 13% al apoyo de la familia y el 11% a su empeño por salir adelante. [68] Comprando este estudio nacional con la investigación realizada, el 35% de las personas con discapacidad en Cali, le atribuyen su recuperación Dios, 26% a los servicios de salud, 19% al apoyo familiar y 12% a su empeño por salir adelante. A través de las pruebas estadísticas ($p=0,000$) se establece una asociación estadísticamente significativa entre las variables Es importante resaltar que la variable empeño por salir adelante presenta cifra inferiores a las anteriormente mencionadas, lo que se puede relacionar con falencias a nivel emocional, sociales y de independencia, limitando su desempeño en diversas actividades de la vida diaria e instrumentales e igualmente influyendo en su proceso de rehabilitación.

La prestación de un servicio de salud incluye, los servicios de rehabilitación dentro de los cuales, se destaca en la ciudad de Bogotá, que el 72%, son tratamiento con medicamentos, seguido de fisioterapia con el 23,5% y terapia ocupacional 16.2% [65]. En el departamento del Atlántico del total de la población con discapacidad el 51%, utiliza medicamentos, 19% fisioterapia y el 10% fonoaudiología [121]. En comparación el proceso investigativo realizado en Cali el 48% utiliza medicamentos permanentes, el 27.7% fisioterapia y el 20.8% terapia ocupacional como los datos más relevantes; servicios que son prestados en la Cali y las diferentes ciudades donde se realizaron estudios principalmente por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y es quien principalmente cubre los gastos de los servicio de rehabilitación. La comparación de discapacidad y la prestación de servicios de salud, permitió identificar la asociación existente entre las variables lo cual es estadísticamente significativo.

Dentro de las causas, por las cuales no recibe tratamiento de rehabilitación en el departamento de Cundinamarca, Colombia [121] el 49% lo atribuye a la falta

de dinero, el 6% considera que no lo necesita, 8% considera que ya termino el proceso de rehabilitación, mientras que el 18% no sabe por qué no recibe tratamiento. En el departamento de Antioquia [121] el 60% lo atribuye a falta de dinero, el 5% ya termino la rehabilitación, el 7% considera que no lo necesita y el 18% no sabe los motivos por los cuales no recibe servicios de rehabilitación; en el departamento de Caldas [85] el 57% lo atribuye a falta de dinero, el 7% ya termino la rehabilitación, 6% considera que no lo necesita y el 18% no sabe. Comprando los datos nacionales con el estudio de investigación realizado en Cali el 43.5% lo atribuye a la falta de dinero, el 5.8% ya termino rehabilitación y el 4.7% considera que no necesita tratamiento de rehabilitación, el 9.1% no sabe por no recibe tratamiento. La comparación de la discapacidad y las causas de por qué no recibe rehabilitación permitió evidenciar la asociación existente entre las variables, lo cual es estadísticamente significativo

La falta de dinero es el motivo principal por el cual las personas con discapacidad dejaron de recibir servicios de rehabilitación, de acuerdo al nivel e ingresos económicos, obligando a utilizar sus recursos en otros destinos o actividades con el fin de satisfacer necesidades, tanto en el estudio de investigación (43%) como en los estudios nacionales, (49%) Cundinamarca, (60%) Antioquia y (57%) caldas, lo cual requiere de continuidad en el tratamiento, implicando aumento de costo para desplazamiento, elementos de aseo, aditamentos, etc. [121] dependiendo el tipo de deficiencia y limitación que presente la persona. Se identifica que la persona con discapacidad tanto en el estudio realizado en Cali como en los antecedentes revisados, tiene la capacidad o poder de decisión respecto a la continuidad del tratamiento de rehabilitación, lo cual puede estar ligar ligado a factores sociales y emocionales. González, identifico, que las causas de la no continuidad de tratamiento kinésico se debió principalmente a las condiciones socioeconómicas [122]. Escobedo, Vite y Oropeza, determinaron que las causas de deserción en usuarios de cocaína, fueron: necesitar tiempo para sentir mejoría, continuar consumiendo la sustancia, no sentir mejoría y notar que el problema no disminuía [123]. Hay que destacar, como segunda

característica común del estudio y de la revisión de antecedentes, es que la personas no saben por qué el tratamiento se terminó o no continuó, reflejando falencias de sistema de salud de Colombia en cuestión de información, e identificando que las características por la cuales las personas no reciben tratamiento de rehabilitación están relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

La interacción de los Determinantes Sociales de la Salud en las personas con discapacidad en Santiago de Cali es un círculo vicioso que refleja, la falta de ejecución de políticas públicas en discapacidad, principalmente en factores como educación, empleo, barreras arquitectónicas, servicios de salud, etc., asociadas, a la discriminación por género donde es más frecuente la población con discapacidad.

Mathus, citando a Amartya sen, afirma, “la pobreza se identifica con la ausencia de una igualdad de capacidades para los individuos que integran una sociedad” [124]. El hecho de ser pobre, afecta la posibilidad de desarrollar y potencializar capacidades y ser útil a una comunidad o sociedad, generando presencia de dificultades para su alimentación, acceso y desempeño escolar, formación profesional, lo que da como resultado, empleos de mala calidad, subempleo, insatisfacción, violencia, etc., los cuales se convierten en factores de riesgo para la presencia de discapacidad. La discapacidad genera discriminación, su condición de salud, crea perspectivas inadecuadas en las personas sin discapacidad, produciendo restricciones o dificultades en acceso a educación, salud y trabajo, como pilares del desarrollo humano, la presencia de estos genera nuevamente el círculo vicioso que hacen que las personas con discapacidad, continúen presentado un alto porcentaje de población en niveles de pobreza.

9. CONCLUSIONES

- De acuerdo a los determinantes sociales de la salud estructurales, se establece que para la población con discapacidad, en Santiago de Cali, la mayoría de población viven en estrato socioeconómico bajo, el rango de edad donde es más frecuente la discapacidad es en población en edad productiva, predomina en la raza mestiza, la presencia de barreras de tipo arquitectónico son constantes, principalmente para la realización de actividades instrumentales; las causas de la discapacidad más frecuente están relacionadas con enfermedad general y los accidentes. Es importante verificar la base de datos del registro de localización para la caracterización de las personas con discapacidad original respectivamente en la variable barreras de tipo actitudinal, donde más del 70% de la población no respondió la pregunta
- A través de los determinantes sociales de la salud intermedios, se logró identificar que un alto porcentaje de la población está afiliada al régimen subsidiado, pero es importante resaltar que más del 20% no está afiliada a algún régimen de salud, lo cual puede convertirse en un problema de salud pública. Se evidencia la baja tasa de empleo, donde predomina el trabajo independiente, actividades que podrían estar orientadas al empleo informal o subempleo. Lo cual justifica que los niveles de ingresos mensuales por debajo del salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) del año 2005. La principal motivación de recuperación de la discapacidad es Dios, aunque más del 70% de

la población considera que no se ha recuperado de su discapacidad. Dentro de los procesos de rehabilitación, los medicamentos permanentes es el principal tratamiento, seguido de fisioterapia y fonoaudiología. La falta de dinero es la principal causa de inasistencia a servicios de rehabilitación, lo cual es resultado de la problemática social en otros determinantes sociales, como trabajo, promedio de ingresos mensuales y afiliación al sistema de salud.

- La totalidad de la población con discapacidad de Santiago de Cali, presenta al menos una deficiencia y una limitación, relacionadas principalmente con el movimiento corporal humano, sistema sensorial como la visión, sistema nervioso (cognitivo) y pérdida de memoria, es importante destacar solo el 25% de esta población presenta restricciones en la participación, lo que quiere decir que una alteración en su condición de salud o dificultad para realizar cierta actividad, no es discriminante o excluyente, para la participación de la personas con discapacidad en actividades de tipo social. La familia y comunidad más cercana son los principales factores, no presenten restricción en actividades sociales, en gran parte se puede deber al rango de edad donde hay más población con discapacidad, que población en edad productiva y la causa de su discapacidad se debe principalmente a accidentes y violencia, evento traumático que cambia estilo y forma de vida. La participación constante de la familia y amigos generan estrategias de motivación e inclusión en diversas actividades.
- Los determinantes sociales de la salud, se definen como las condiciones en la que las personas viven y trabajan; en la población con discapacidad desde su deficiencia, limitación y restricción en la participación social, tiene relación con el estrato socioeconómico bajo, la baja formación y deserción escolar, la alta tasa desempleo y

de personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el alto porcentaje de personas que consideran que no se han recuperado de su discapacidad, son aspectos que interactúan entre sí, reflejando la deficiente ejecución de políticas públicas en discapacidad, que dificultan la modificación de los valores de los determinantes sociales de salud en las personas con discapacidad en Santiago de Cali.

- El estudio realizado en Cali permitió identificar, las desigualdades sociales en la población con discapacidad, comparando con la revisión de antecedentes, se puede establecer que las inequidades en los determinantes sociales de la salud en la población con discapacidad, es un problema de salud pública a nivel mundial, que hace imperioso la ejecución de estrategias de intervención, principalmente en países y regiones en vías de desarrollo.
- De acuerdo a los resultados del estudio, la mayor parte de la población no refiere restricción en la participación social, la cual se basa en la participación en actividades familiares, religiosas, comunidad cercana, etc. pero no tiene, el acceso a actividades laborales educativas, salud, presencia de barreras de arquitectónicas, en los cuales se observa la presencia de inequidad social, lo cual a su vez genera restricción, haciendo evidente la asociación existente entre la discapacidad y los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios.

10. RECOMENDACIONES

- Los estudios sobre determinantes sociales de la salud y discapacidad acorde a la revisión bibliográfica realizada son escasos, lo que hace necesario incentivar los procesos investigativos en diferentes ciudades de Colombia con el fin de establecer un panorama nacional.
- Se hace necesario revisar, la base datos original, en el sentido donde existe variables, como barreras actitudinales donde más del 70% de la población no respondió la pregunta
- Implementar programas de sensibilización educativa sobre el panorama social de las personas en condición de discapacidad en Santiago de Cali, enfocado en adolescentes y adultos en edad productiva, con el fin de que sean participantes activos de su proceso de inclusión
- Se hace imperioso, la inclusión de las personas con discapacidad en la conformación diseño y ejecución de las políticas públicas en discapacidad, con el fin de garantizar su desarrollo y contribuyan en la disminución de las inequidades sociales identificadas a través del proyecto de investigación

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá (Colombia), 8(17):69-79; 2009.
2. Charton J. Nothing about us without us. Los Angeles: University of California; 2000.
3. Brandt E, Pope A. Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering. National Academy Press 1997.
4. Brigeiro M. Cuerpo, cultura y discapacidad: Aproximaciones analíticas desde la teoría social. In: Cuervo C, Trujillo A, Vargas D, Mena B, Pérez L, editors, 2008
5. Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia; Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
6. Bruner J. Acción, pensamiento y lenguaje. Madrid: Alianza editorial; 1989.
7. Banco Interamericano de Desarrollo BID. Discapacidad y Desarrollo Inclusivo. In: BID; 2010.
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de censos y demografía. Información sobre Discapacidad. Manizales; 2006.
9. Ministerio de Salud República de Colombia. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad. 2002.
10. Solar O, Irwin A. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2007
11. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad, incluidos, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.2005.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de población por sexo y edad: 1985 - 2006. Bogotá: Ediciones DANE; 1999.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, demografía Informe sobre discapacidad. 2004.

14. Fundación Saldarriaga Concha. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. In: Fundación Santa Fé de Bogotá, editor. Bogotá D.C: Fundación Saldarriaga Concha – Fundación Santa Fé de Bogota; 2009.
15. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. In. Ginebra; 1993. p. 53-56.
16. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución. In: 008430. Santafé de Bogotá; 1993.
17. Secretariat Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
18. Tovar L, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia. *Lecturas de Economía* 2003:177-208.
19. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. *Health and Social Organization*. London: Blane D, Brunner E, Wilkinson D; 2000.
20. Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. declaración provisional. In: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2007.
21. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Stockholm. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.
22. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Pan AM J. Public Health* 11(5/6).2002. p.302
23. WHO. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, 2006. Discussion paper by Alec Irwin and Orielle Solar

24. Health Canada. The Social Determinants of Health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector, Ottawa: York University; 2002.
25. Wilkinson R. Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid facts. Copenhagen: world health organization; 2003
26. Borrel IC, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. GacSanit. 2010. doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.005.
27. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J, et al. Final report to World Health Organization Commission on the social determinants of health from measurement and evidence knowledge network, 2007 [acceso 10/07/2011]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf
28. Navarro V, editor. The political and social contexts of health. Amityville, New York: Baywood Publishing; 2004.
29. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22:429–45.
30. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, et al. Synthetising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. J Health Serv Res Policy. 2005;10:45–53.
31. Clarke A, McCarthy M, Álvarez-Dardet C, et al. New directions in European public health research: report of a workshop. J Epidemiol Community Health. 2007;61:194–7.
32. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? J Soc Policy. 2004;33:115–51.
33. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372:1661–9.

34. Weber L. A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality. *Psychology of Women Quarterly*. 1998;22:13–32.
35. Weber L. Reconstructing the landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. En: Schulz AJ, Mullings L, editores. *Gender, race, class, and health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 21–59.
36. Burke MA, Eichler M. Global Forum for Health Research. The BIAS FREE Framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva: Global Forum for Health Research; 2006
37. Sihto M. Reducing socioeconomic inequalities in health. *Health Policy Monitor*. 2007 [acceso 10/07/2011]. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/fi/a9/2>.
38. National Institute for Health Research (UK). *Delivering health research: progress report 2008/09*. London: Department of Health; 2009.
39. Dunn J. Determinantes sociales de la salud de la población inmigrante Canadá de: resultados de la Encuesta de Población Nacional de Salud Ciencias Sociales y Medicina, Volumen 51, Número 11, páginas 1573-1593
40. Denton M. Las diferencias de género en los determinantes estructurales y de comportamiento de la salud: un análisis de la producción social de salud Ciencias Sociales y Medicina, Volumen 48, Número 9, Páginas 1221-1235
41. Denton M, Prus S, Walters V. Las diferencias de género en salud: un estudio canadiense sobre los determinantes psicosociales, estructurales y de comportamiento de la salud. *Ciencias Sociales y Medicina*, Volumen 58, Número 12, páginas 2585-2600

42. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007
43. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2005-2006. Bogotá DC, Colombia
44. Israel Cruz-Velandia, Janeth Hernández-Jaramillo. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 6 (3): 23-35, septiembre-diciembre de 2008
45. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 80. Política Pública Nacional de Discapacidad Julio de 2004. Disponible en: www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/080.pdf
46. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, propiedades de la CIF, páginas 18, 19,20.
47. Emerson E, Madden R, Graham H, Llewellyn G, Hatton C, Robertson J. The health of disabled people and the social determinants of health. Public Health Research Consortium, University of York, York, UK, (2010), doi:10.1016/j.puhe.2010.11.003
48. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001.
49. Cott CA, Gignac MA y Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. J Epidemiol Community Health 1999;**53**:731-736 doi:10.1136/jech.53.11.731
50. Hernández CF, Batista P. Metodología de la Investigación. México DF: McGraw-Hill; 1999.

51. World Health Organization. Social Determinants of Health in Asia and the Pacific. Página 24. 2008, http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Situation_Biregional_Publication.pdf
52. Lip C., Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú, Ministerio de Salud de Perú, Organización Panamericana de la Salud. Cuadernos de promoción de la salud. Lima, Perú. 2005. Disponible en bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/143_detersoc.pdf
53. Villar E, los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil, saude Soc. Vol. 16 No. 3, pag.9 2007 Sao Paulo. <http://190.210.115.167>
54. Comisión de determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud) marco conceptual de la comisión sobre determinantes sociales de la salud, (2005).
55. Rico Ana. Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa. Observatorio europeo de sistemas sanitarios. España. 2002. Disponible en http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/557/Capitulo%2001_28_08_2008_12_59_09.pdf
56. Caballero C, García M, Vélez S. pobreza y desigualdad. Un balance de la información disponible. Fescol Colombia. 2011, Colombia. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/08400.pdf>
57. World Health Organization Europe. Social Determinants of Health. The solid fact. Ginebra, Suiza 2003. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
58. Departamento de Salud del Reino Unido. Encuesta de Salud de Inglaterra, prevalencia de la discapacidad por edad y sexo (2001). Gran Bretaña. Disponible en

<http://www.archive2.officialdocuments.co.uk/document/deps/doh/survey01/disa/disa01.htm>

59. Constitución Política de Colombia. Artículo 51. Consagración del derecho a vivienda digna en Colombia. Bogota, Colombia. Disponible en <http://blogjus.wordpress.com/2007/05/16/derecho-a-vivienda-dignaarticulo-51/>
60. Zitko P., Cabieses B. Socioeconomic determinants of health in Chile disability and health journal. Santiago de Chile, Chile 2011. 4 I:271:282
61. Cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Declaración de Beijing 1995. Disponible en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/55/pr/pr29.pdf>
62. Walia K. Gagandeep. South Asia Network for Chronic Disease. Disponible en <http://sancd.org/uploads/pdf/disability.pdf>
63. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina. Encuesta nacional de personas con discapacidad. Buenos Aires, Argentina. 2005. Disponible en http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/2/gacetilla_endi_10_04.pdf
64. Rebaza A. Análisis de la Situación de Discapacidad en el Perú. Instituto Nacional de Rehabilitación. Ministerio de Salud. Lima, Perú 2007. Disponible en www.inr.gob.pe/Documentospdf/LIBRO_ESTADISTICAINSTITUTO_2008.pdf
65. [Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence and most common causes of disability among adults- United States. 2005.](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5816a2.htm) Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5816a2.htm>
66. Instituto Nacional de las Mujeres de México. Discapacidad y género, paginas 2,3. México. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100777.pdf

67. Gobernación de Antioquia. Población con Discapacidad en Antioquia. Medellín, Antioquia. 2005. Disponible en http://www.pactodeproductividad.com/admin_avanmedellin/avamed_arc2.pdf
68. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Registro para la localización y caracterización de la personas en situación de discapacidad Bogotá. Bogotá, Colombia 2007.
69. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Comunicado de prensa Estudios demográficos del DANE revelan que la población colombiana entre 2005 y 2010 crecerá a una tasa media anual de 1.18%. Bogotá, Colombia, 2005. [consulta el 30 de mayo de 2012]. Disponible en www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf
70. Jiménez a., Huete A. Las discapacidades en España: datos estadísticos. Aproximación desde la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud de 1999. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, <http://usuarios.discapnet.es/ajimenez/Documentos/AJL/Discapacidades-en-Espa%C3%B1a%28DatosEstadisticos%29.pdf>
71. Secretaria de la Gestión Pública. Jefatura de Gabinete de Ministros de la República Argentina. Sistema de información para el control del registro y actualización de los cargos y contratos desempeñados por personas con discapacidad certificada. Argentina http://www.jgm.gov.ar/sgp/archivos/empleo/primer_informe_discapacidad.pdf
72. Ramos E. instituto nacional de estadística y censo de panamá. Seminario –taller “los censos y la salud”, Chile 2009. http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/5/37635/panama_eyramonte_negro.pdf
73. Comunidad Autónoma de País Vasco. Encuesta de salud 2007, tabla 15, porcentaje de personas con limitación crónica de la actividad, por sexo, edad y territorio histórico, España 2007. <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85->

- gkgnr100/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_resultados/es_escav/adjuntos/indicadoresSalud.pdf
74. Instituto nacional de estadística y geografía de México. Hombres y mujeres en México 2011, población con discapacidad. México 2012. <http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/MyH2011.pdf>
 75. Instituto nacional de estadística (INE). Panorámica de la discapacidad en España (2008), encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de discapacidad.2008. Madrid, España Octubre 2009. Disponible en www.acreditat.gob.es/contenidos/pdf/estudio_panoramica.pdf
 76. Office for Disability Issues. Disability facts and figures, general demographics. Gran Bretaña. 2001. Disponible en odi.dwp.gov.uk/disability-statistics-and-research/disability-facts-and-figures.php
 77. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de dependencia (2008). Distribución de las personas de seis y más años con discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria, según el máximo grado de severidad y uso de ayudas. España 2008. www.ine.es/prensa/np524.pdf
 78. Blackburn C, Spencer N, Read J. prevalencia de la discapacidad en la infancia y de las características y circunstancias de los niños discapacitados en el <reino Unido: un análisis secundario del estudio de recursos Familiares. Reino unido 2010. <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/21/>
 79. Urdinola P, Herrera R. Caracterización sociodemográfica de la población con limitaciones permanentes en Colombia, 2005. Revista de la información básica ISSN 1909-2466. www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo2.html

80. Instituto nacional de estadística y censos. Censo republica argentina 2010, Republica de Argentina. www.censo2010indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/.../P10-Total_pais
81. Instituto canario de estadística, encuesta de ingresos y condiciones de vida: 2007. Salud y limitación de la actividad diaria. España 2008. www.2gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-web/tabla.do?path=/03011/C00034B/P0005/I0/&file=C00034B_0056.px&type=pcaxis&L=0&pag=1&pathL=/03011/C00034B/P0005
82. Instituto universitario de integración en la comunidad (INICO), Federación Aspace castellano-Leonesa. Promoción de la calidad de vida percibida por niños y adolescentes con parálisis cerebral: los indicadores de la participación social como una estrategia de salud. España 2010. www.federacionaspacecyl.org/actualidad/resumen_proyecto2010.pdf
83. Wilkie R, Peat G, Thomas E, Croft P. Factor associated with restricted mobility outside the home in community-dwelling adults ages fifty years and older with knee pain: an example of use of the international classification for functioning to investigate participation restriction. Keele University. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18050177
84. Consejo Nacional para la Investigación de la personas con discapacidad. Situación demográfica de la personas con discapacidad. Lima, Perú, 2005. Disponible en http://www.conadisperu.gob.pe/web/documentos/estadisticas/resumen_ejecutivo.pdf
85. Fondo Nacional de Discapacidad FONADIS, Gobierno de Chile. Resultado Nacional Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. Discapacidad y educación. Santiago de Chile, Chile. 2005. Disponible en www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuentas_discapacidad/pdf/presentacionresultadosestudionacionaldeladiscapacidad.pdf
86. Pereda C, Prada M., Actis W. Discapacidades e inclusión social. La Caixa. Perfil educativo de la población con discapacidad. colección de estudios Multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/estudiossociales/vol33_es.pdf

87. Crompton S. women with activity limitations: a gender-based statistic report. Component of statistics of Canada,2011. http://www.oaith.ca/assets/files/Publications/Government%20Documents/Women_In_Canada_6thReport/WmCanada_MobilityLimitation.pdf
88. Brennan S, Sleightholm M. Participation and activity limitation survey 2006, facts of seeing limitations. Social and aboriginal statistics division. www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/89-628-x2009013-eng.pdf
89. King G, Californians with activity limitation: data from Californian Health Interview survey 2001. California department of health services. Estados Unidos 2003. <http://www.cdph.ca.gov/HealthInfo/injviosaf/Documents/epicgram7-CHISdisability.pdf>
90. Doyle A, O'donovan M. Measure of activity and participation (MAP): the experience of people with neurological conditions. http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/Measure_of_Activity_and_Participation_MAP_the_experience_of_people_with_neurological_conditions_04.pdf
91. Wilkie R, Peat G, Thomas E, Croft P. The prevalence and associations of participation restriction in adults aged 50 years and over in the general population. United Kingdom. http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/13553/telechargement_fichier_fr_673_wilkie.pdf
92. Vanegas j. Villalón m. Valenzuela c. consideraciones acerca del uso de la variable etnia/raza en investigación epidemiológica para la salud: propósito de investigación en inequidades. Revista médica de Chile 136: 637-644 2008 Chile. www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000500014&script=sci_arttext

93. Bustamante C, Arroyo s., la raza como determinante del acceso a un empleo de calidad: un estudio para Cali, ensayos sobre política económica, vol. 26 No. 57 2008.
www.banrep.gov.co/docum/ensayos/pdf/espe_057-3.pdf
94. Diaz V, Mainous A, Mc Call A, Geesey M. Factors affecting research participation in African American College Students. Family medicine. 40 (1): 46-51, 2008, United States.
<http://www.stfm.org/fmhub/fm2008/January/Vanessa46.pdf>
95. Abramo L, Trabajo, género y raza, un tema presente en la agenda brasileña. Revista nueva sociedad, No. 218 ISSN 0251- 3552, 2008, Brasil. http://www.nuso.org/upload/articulos/3573_1.pdf.
96. Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (inegi). Censo de población y vivienda 2012, discapacidad en México. 2010.
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
97. Congreso de la República del Perú, comisión especial de estudio sobre discapacidad. La salud derecho de todos, junio 2004.
http://www.congreso.gob.pe/congresista/2001/edelapuerta/intervenciones/Expo_Com_Discapacidad.pdf
98. Departamento Administrativo Nacional de Estadística Dane. Resultados preliminares de registro para la localización y caracterización de la personas en situación de discapacidad en el departamento del Atlántico. Bogotá, Colombia 2003. Disponible en
<http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/Atlantico%20sep%202003.pdf>
99. Pantano I., panorámica de la discapacidad en la argentina, según algunos datos cuantitativos. Revisita universitas N. 2 2006.
<http://www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/127519/630939/file/Panor+%C3%ADmica%20de%20la%20discapacidad%20en>

[%20la%20Argentina.%20seg+%C2%A6n%20algunos%20datos
%20cuantitativos.pdf.](#)

100. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Contexto Estadístico Basado en el Registro continuo para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad. DANE. Bogotá-Colombia 2008. Disponible en [sidis.unad.edu.co/documentos/-CONTEXTO_ESTADISTICO_1PDF.](http://sidis.unad.edu.co/documentos/-CONTEXTO_ESTADISTICO_1PDF)
101. Vernaza P, Castillo E, Vargas D. problemas de accesibilidad derivados de la presencia de barreras arquitectónicas <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2005/diciembre/Barreras%20arquitectonicas.pdf>
102. Revista de la organización de consumidores y usuarios OCU. Estudio sobre movilidad y barreras arquitectónicas: existen serios problemas de accesibilidad. España 2010 http://www.dolceta.eu/espana/Mod4/IMG/pdf/estudio_sobre_movilidad_y_barreras_arquitectonicas_ocu.pdf
103. P. Sandiford, M Salvetto. Desigualdades en salud en Panamá. Gaceta sanitaria. Ciudad de Panamá, Panamá; 2002. 1. (16) I: 70:81
104. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Las personas con discapacidad en México una visión censal. Ciudad de México, México.2004. Disponible en http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf
105. Cervantes K. caracterización de la discapacidad física en niños menores de 6 años, matriculados en los hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, del distrito de Barranquilla. Años 2008-2009. Universidad Nacional de Colombia 2011.

<http://www.bdigital.unal.edu.co/4209/1/karoldejesuscervantesdelatorre.2011.pdf>

106. Henao C, Pérez J. situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. Hacia la promoción de la salud, vol. 16 No. 2, 2011 Colombia. http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16%282%29_4.pdf
107. Observatorio Social. Boletín población sorda colombiana, estadística e información para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población sorda Colombia. 2009, Colombia. http://www.observatorio.insor.gov.co/apc-aa-files/4fb71e58cc75b23e1bf8d60574133252/Boletin_001.pdf
108. Cardona D, Agudelo A, Restrepo L, Segura A. educación, salud y empleo de la población con algún tipo de limitación, Medellín 2008. Hacia la promoción de la salud, Vol. 17, No. 1, Colombia. http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17%281%29_5.pdf
109. Comisión Honoraria del Discapacitado, República Oriental del Uruguay. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, pág. 10-12. <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/discapacidad/discapacidad.pdf>
110. Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas (apartado 1- artículo 1). Conferencia general de la Organización Internacional de Trabajo. Ginebra –Suiza. 1983. Disponible en www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C159
111. Momm W. Geiecker O. discapacidad: conceptos y definiciones. enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Sumario 17.2. I: 2:50 latinamerica.dpi.org./documents/17DiscapacidadyTrabajo.pdf

112. Departamento administrativo nacional de estadística. Medición del empleo informal trimestre móvil diciembre 2011-febrero 2012. Bogota, Colombia 2012. Disponible en www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/_informalidad/re_ech_informalidad_dic_feb2012.pdf
113. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Registro para la localización y caracterización de la personas en situación de discapacidad Cauca. Bogotá, Colombia 2007. Disponible en www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/CaucaNOV2007.pdf
114. Leonard R. statistics on vision impairment a resource manual. Arlene R. Gordon Research Institute of Lighthouse International, 2002, United States. <http://www.gesta.org/estudios/statistics0402.pdf>
115. Office for Disability Issues. The life oportunities of disable people, qualitive research with peoplewith learning, memory and neuro-diversity impairments, pag. 39,40. <http://odi.dwp.gov.uk/docs/res/los/los-qr-lm.pdf>
116. [Muschalla B](#), [Vilain M](#), [Lawall C](#), [Lewerenz M](#), [Linden M](#). Participation restrictions at work indicate participitions restricition in other domains of life. United State National Library of Medicine National Institutes of Health. Alemania 2011.
117. 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. <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/37/1/0015.pdf>
118. Recurso humano y desarrollo de competencia de Canadá. La discapacidad en Canadá: un perfil 2006. http://www.hrsdc.gc.ca/eng/disability_issues/reports/disability_profile/2011/fact_sheet/income.shtml
119. Sanchez-Herrera, B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad, aquichan. Bogotá, Colombia 2009. 9 (1) 8:22

120. Chinchilla C. Discapacidad y familia. 2007. I: 1-9.
<http://www.incocr.org/biblioteca/0027.PDF>
121. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Registro para la localización y caracterización de la personas en situación de discapacidad. Departamento de Antioquia, Caldas y Cundinamarca, Bogota, Colombia 2003 disponible en
http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=807:discapacidad-por-departamentos&catid=119:discapacidad
122. González F. Análisis de la adherencia a los tratamientos kinesicos. Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina 2007; 12 (1). I: 1-31.
123. Escobedo J., Vite A., Oropeza R. Factores asociados a la deserción de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. En-claves del pensamiento. Monterrey, México. 2007; 1 (2). I:117-131
124. Mathus M. principales aportaciones teóricas sobre la pobreza en contribuciones a las ciencias sociales, cita Amartya Sen. 2008.
<http://www.eumed.net/rev/cccss/02/mamr.htm>