

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD:  
RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y  
CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA  
CIUDAD DE TUNJA 2012**

**SANDRA LILIANA CHIA NEIRA  
MARCELA HORMAZA HEDMONT  
OSCAR JAVIER RUIZ VARGAS**

**Directores: CONSUELO VELEZ ALVAREZ  
JOSE ARMANDO VIDARTE CLAROS**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES  
FACULTAD DE SALUD  
MAESTRIA EN DISCAPACIDAD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO- MOVIMIENTO  
2013**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD:  
RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y  
CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA  
CIUDAD DE TUNJA. 2012**

**SANDRA LILIANA CHIA NEIRA  
MARCELA HORMAZA HEDMONT  
OSCAR JAVIER RUIZ VARGAS**

**TESISTAS**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

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

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>PÁGINA</b>
LISTA DE TABLAS.....	5
LISTA DE FIGURAS .....	6
GLOSARIO .....	7
RESUMEN EJECUTIVO.....	11
RESUMEN ACADEMICO.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACION Y SU JUSTIFICACION EN TERMINOS DE NECESIDAD Y PERTINENCIA .....	17
1.1.1 JUSTIFICACION.....	28
2 OBJETIVOS.....	33
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
3 REFERENTE TEORICO.....	34
3.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD CONTEXTO INTERNACIONAL .....	34
3.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD CONTEXTO NACIONAL.....	50
3.3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD CONTEXTO LOCAL.....	54
3.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	57

4	METODOLOGIA .....	64
4.1	ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO.....	64
4.2	POBLACION .....	64
4.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO .....	65
4.4	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	65
4.4.1	INSTRUMENTO DE REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA COLOMBIA (RLCP). .....	67
5	DISPOSICIONES VIGENTES.....	72
6	RESULTADOS.....	73
6.1	ANALISIS UNIVARIADO.....	73
6.1.1	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES.....	73
6.1.2	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS .....	79
6.2	ANALISIS BIVARIADO .....	85
7	DISCUSION.....	92
8	CONCLUSIONES .....	115
9	RECOMENDACIONES.....	117

## LISTA DE TABLAS

## PÁGINA

Tabla 1 Operacionalización de los determinantes sociales de la salud Estructurales e Intermedios.....	58
Tabla 2 Operacionalización de los componentes de la Discapacidad según CIF .	62
Tabla 3. Distribución de los determinantes sociales de la salud Estructurales - Sociodemográficos.....	73
Tabla 4. Distribución de determinantes sociales de la salud estructurales. Las alteraciones, las dificultades y las restricciones en la participación .....	75
Tabla 5. Distribución de determinantes sociales de la salud estructurales. Barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía.....	77
Tabla 6. Distribución de determinantes sociales de la salud. Origen de la discapacidad .....	78
Tabla 7. Distribución de los Determinantes Sociales de la Salud estructurales. Afiliación al SGSSS.....	79
Tabla 8. Distribución de los determinantes sociales de la salud intermedios. Condiciones materiales de trabajo. ....	79
Tabla 9. Distribución de los determinantes sociales de la salud intermedios . Tipo de vivienda y su condición.....	81
Tabla 10. Distribución de los determinantes sociales de la salud intermedios. Servicios de rehabilitación.....	82
Tabla 11. Distribución de los determinantes sociales de la salud intermedios. Servicios de rehabilitación.....	83

Tabla 12. Comparativos entre los determinantes sociales de la salud estructurales y restricción en la participación ..... 85

Tabla 13. Comparativos entre los determinantes sociales de la salud intermedios y restricción en la participación. .... 88

## LISTA DE FIGURAS

	<b>PÁGINA</b>
Figura 1. Boyaca: El devenir de la APS .....	22
Figura 2. Situacion Geografica de Tunja .....	23
Figura 3 Crecimiento Poblacional 2001-2015.....	24
Figura 4. Estructura Poblacional 2005-2011 .....	25
Figura 5. Principales determinantes en salud. – Modelo de Dahlgren y Whitehead .....	36
Figura 6. RLCPDC en Colombia .....	67

## **GLOSARIO**

### **Atención Primaria en Salud (APS)**

[Primary Health care].

La APS es un enfoque sistémico (con equidad, solidaridad y justicia social) que redefine los sistemas de salud y la participación intersectorial para proteger, mejorar y mantener la salud de la población. Es una forma de organización de la comunidad y de asignación de recursos para contribuirá proteger y promover la salud (más que tratar enfermos). Es el mecanismo para hacer abogacía ante otros sectores que pueden intervenir más efectivamente que el sector salud sobre algunos factores determinantes sociales de la salud. Es prevenir la enfermedad, cuidar, recuperar y rehabilitar los enfermos. Un compromiso de Gobierno, intersectorial y de comunidad para lograr metas en salud acordadas localmente y a nivel internacional, como las metas del Milenio [1].

Esta caracterización de la APS determina que el sujeto principal de intervención es la población (sus comunidades) a la cual debe hacerse un diagnóstico completo del nivel de salud y sus determinantes, para formular y ejecutar un plan de mejoramiento de dicho nivel de salud. El sujeto principal de intervención es la población (sus comunidades) a la cual debe hacerse un diagnóstico completo del nivel de salud y sus determinantes, para formular y ejecutar un plan de mejoramiento de dicho nivel de salud [1].

La adopción de la estrategia de APS marcó la reaparición vigorosa de los determinantes sociales como principal inquietud de salud pública [2]. En el contexto del Sistema Colombiano de Salud, es concebido como una estrategia de notoria efectividad en la atención integral a la salud de la población orientada a

establecer condiciones de cumplimiento del derecho a la salud y reducción de inequidad.

### **Clase social y posición socioeconómica**

[Social class and socioeconomic position].

Clase social se refiere a grupos sociales surgidos de las relaciones económicas interdependientes entre las personas. Estas relaciones son determinadas por las formas de propiedad y trabajo de la sociedad y sus conexiones a través de la producción, la distribución y el consumo de bienes, servicios e información. Por consiguiente, la clase social tiene como premisa la situación estructural de la persona dentro de la economía, como empleador, empleado, auto empleado o desempleado (tanto en el sector formal como en el informal), y como propietario o no de capital, tierras u otras formas de inversión económica [3,4].

### **Desigualdad - inequidad social en la salud**

[Social inequality or inequity in health].

Desigualdades sociales en el campo de la salud se refiere a las disparidades en un país y entre diferentes países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no evitables ni irremediables) y que gravan sistemáticamente a poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales [5].

### **Determinantes sociales de la salud**

[Social determinants of health].

Determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por

un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas [6].

### **Determinantes Sociales Estructurales**

[Structural determinants].

Los determinantes sociales estructurales de la salud son los determinantes que producen las inequidades en salud: posición socioeconómica, educación, ocupación y el ingreso, género y etnia [7].

### **Determinantes Sociales Intermediarios**

[Intermediary determinants].

Los Determinantes Intermediarios si bien es cierto se derivan de los estructurales tienen que ver con un aspecto demasiado preponderante como es la vulnerabilidad y de otro lado las diferencias en las exposiciones, circunstancias que terminan marcando riesgos individuales que en el momento de ser evaluados deberían dar la pauta para procesos como la focalización de acciones y la formulación y reformulación de políticas públicas y de políticas sanitarias. Los Determinantes Intermediarios son los que generan un impacto en la equidad en salud y el bienestar: Circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo) Comportamientos, factores biológicos y Sistema General de Salud [7].

### **Discapacidad**

[Disability].

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, en el año 2001 concibe la discapacidad desde un enfoque multidimensional que relaciona los modelos individual y social, así un individuo que presenta una deficiencia, entendida como un problema en las funciones o estructuras corporales, podría experimentar

limitación funcional para desempeñar o realizar una tarea; esta limitación genera restricción en la participación [7].

Desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) indica los componentes de la interacción entre un individuo con una condición de salud dada y los factores contextuales (Ambientales y personales). Es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Al igual que el funcionamiento, se entiende como una interacción dinámica entre la condición de salud y los factores contextuales [8].

La Organización Mundial de la Salud OMS, ha determinado que en el futuro, la preocupación por la discapacidad será aún mayor, debido a que cada día aumenta más teniendo en cuenta que la población está envejeciendo lo que conlleva a que el riesgo de discapacidad sea mayor entre los adultos mayores, así como el aumento mundial de las enfermedades crónicas tales como diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental [8].

### **Discriminación por motivos de discapacidad**

[Disability discrimination].

Desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad y Protocolo Facultativo, por “discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación entre ellas, la denegación de ajustes razonables [9,10].

## **Edad**

[Age].

Termino del lat. aetas, -ātis. Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Duración de algunas cosas y entidades abstractas. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana [11].

## **Genero**

[Gender].

Género se refiere a un concepto social de convenciones, roles y comportamientos de carácter cultural asignados a las mujeres, hombres, niños y niñas, así como a las relaciones entre ellos [6].

## **Igualdad de oportunidades**

[Equal opportunities].

La igualdad es la condición deseable a alcanzar, mediante una acción inclusiva. Igualdad indica equiparación, homogeneidad, ausencia de diferencia. Igualdad de oportunidades es una forma de justicia social que evidencia que un sistema es socialmente justo cuando todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder al bienestar social y tienen los mismos derechos políticos y civiles [3,12].

## **Inclusión Social**

[Social inclusión].

Es la actividad de un grupo para transformarse y construir un lugar para la persona respetando su diversidad. La inclusión defiende los derechos de todas las personas con o sin discapacidad, la sociedad se adapta para atender las necesidades de las personas con discapacidad y se vuelve atenta a las necesidades de todos. Los cambios benefician a cualquier persona [3,12].

## **Ingreso**

[Income].

Son todos aquellos recursos que obtienen los individuos, sociedades o gobiernos por el uso de riqueza, trabajo humano o cualquier otro motivo que incremente su patrimonio [3,12].

## **Nivel educativo**

[Education].

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 [3].

## **Ocupación**

[Occupation].

En términos generales, el concepto ocupación proviene del latín *occupatio*. Se define como la acción y el efecto de ocuparse o el trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa (Diccionario de la Lengua Española, Vigésima edición) según el American Heritage Dictionary, el termino se refiere a una actividad o vocación que se emplea como fuente de subsistencia, es decir como vocación o también como medio de utilizar el tiempo. Por una parte se entiende la ocupación como un proceso (la acción y efecto de). Además el estudio de la ocupación, desde el punto de vista de su poder para promover el bienestar, conservar o recuperar la salud y propiciar la calidad de vida familiar, educativa, laboral y social.

La ocupación se expresa en motivación, interés y compromiso de las actividades físicas y mentales, que puede llegar al grado en que la persona se desentiende del tiempo que pueda tomar la ejecución, “la ocupación cuando es revestida de significado resulta altamente potente par a transformar la vida”

La Ocupación se define como un proceso porque se quiere explorar y potenciar esa riqueza: si la naturaleza humana es ocupacional, mi ocupar-se mi hacer-se, mi hacer-con-otros, es un constante construir sentido, un devenir libre un devenir yo mismo [13].

### **Raza/etnia**

[Race/ethnicity].

La raza/etnia es una categoría social, no biológica, que se refiere a grupos sociales que a menudo comparten herencia cultural y ascendencia que son forjados por sistemas opresivos de relaciones raciales, justificados por la ideología, en los que un grupo se beneficia del dominio sobre otro grupo y se define a sí mismo y a los demás a través de esta dominación y de la posesión de características físicas y arbitrarias, como el color de la piel [3,4].

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD:  
 RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y  
 CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE  
 TUNJA. 2012

**RESUMEN EJECUTIVO**

<b>Título:</b> DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD: RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE TUNJA 2012			
Investigador Principal: Consuelo Vélez Álvarez, Armando Vidarte Claros			
Total de Investigadores (número): 5			
Coinvestigadores: Marcela Hormaza Hedmont Sandra Liliana Chía Neira Oscar Javier Ruiz Vargas			
Total investigadores tesistas de investigación: 3			
Asistentes de investigación:			
Nombre del Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento			
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)8727272	Fax(68)
Nit: 890805051-0		E-mail: <a href="mailto:uam@autonoma.edu.co">uam@autonoma.edu.co</a>	
Ciudad: Manizales		Departamento: Caldas	
Sede de la Entidad: Antigua estación del ferrocarril Manizales			
<b>Tipo de Entidad:</b> Educativa			
Universidad Pública:	Universidad Privada: X	Entidad Pública:	ONG:
<b>Lugar de Ejecución del Proyecto:</b> Manizales			
Ciudad: Manizales		Departamento: Caldas	
Duración del Proyecto (en meses): 24 meses			
Valor total del Proyecto: \$18.630.000			
<b>Descriptor / Palabras claves:</b> discapacidad, clase social, escolaridad, empleo (Fuente DeCs Bireme)			

## RESUMEN ACADEMICO

**Objetivo:** establecer la relación entre los Determinantes Sociales de la salud y la Discapacidad en la ciudad de Tunja a partir del Registro para la Localización, Caracterización de las personas con Discapacidad DANE 2010. **Materiales y Métodos:** descriptivo transversal con fase correlacional, bivariado, utilizó 2093 registros actualizados a septiembre 2010, el instrumento es una herramienta técnica, incluye factores personales, deficiencias en estructuras o funciones corporales, causas de discapacidad, características demográficas, actividades y participación. **Resultados:** en Tunja, el mayor porcentaje de personas con discapacidad son mujeres, menores de 14 años y mayores de 60 años, no tienen educación, residen en el área urbana y estratos 1-2, pertenecen al régimen subsidiado, carecen de trabajo; presentan alteraciones permanentes en los sistemas corporales que limitan sus actividades diarias y restringen la participación social encontrando barreras arquitectónicas pero no actitudinales. Al establecer los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios, con la restricción en la participación, se encontró asociación estadísticamente significativa en el género, edad, nivel educativo, área de residencia, estrato socio-económico, barreras arquitectónicas, trabajo, vivienda y la rehabilitación. No existe asociación entre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, barreras actitudinales, origen de la discapacidad y Raza. **Conclusiones:** Por ser este un estudio pionero a nivel nacional, genera una reflexión hacia el reconocimiento de un contexto diverso, que supera las barreras de la discriminación y las falencias en los procesos de formación académica. Asume que la discapacidad requiere de una mirada interdisciplinaria para su profundo estudio y reconoce en los determinantes de la discapacidad una real aproximación a las inequidades de las personas para el efectivo empoderamiento e intervenciones del trabajo intersectoriales en los distintos sistemas biológicos, familiares, sociales, económicos y políticos. PALABRA CLAVES: Discapacidad, Clase Social, Escolaridad, Empleo (Fuente: DeCs Bireme)

## DESCRIPCION DEL PROYECTO

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

Algunos elementos planteados por Álvarez [14], donde manifiesta cómo 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 [15-16], además, es marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la Salud Pública y la Epidemiología [17-18].

Hablar de determinantes sociales de la salud, es hacer un abordaje de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado con relación a las causas últimas o estructuras de los problemas de salud y de recuperar estrategias de salud para todos [14]. Solar O, Irwin A [19], citados por Álvarez [14], 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, Whitehead [5,20] afirma que el término inequidad es la mejor manera de definir las desigualdades como diferencias que son innecesarias y evitables pero además las considera abusivas e injustas.

En el año 1975 se estimaba que un 12,3% de la población mundial presentaba alguna discapacidad, es decir, un número aproximado de 490 millones de personas [21]. En 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 [22,23].

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 [16]. 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 [17]. 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) [24], 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% [21].

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 [18].

Según Amartya Sen [25], aporta la concepción de la equidad en salud como una disciplina amplia e inclusiva y muestra un amplio panorama de la problemática de la Justicia Social y la Equidad en salud de los pueblos, comenzando por algunos aportes dentro de los que se encuentra, la enfermedad y la salud teniendo un

lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social. Tomando como punto de partida esta ubicuidad de la salud como consideración social y una visión multidimensional de la equidad en salud, justicia procesal, distribución de los recursos sanitarios, las desigualdades y la equidad.

El Ministerio de Salud de Colombia en 2002, con base en el estimativo del 12% para la población mundial, consideró que cerca de cuatro millones y medio de personas presentan algún tipo de limitación [20]. El censo poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente (1.9% de la población de entonces) presentaba discapacidad [23].

En Colombia, el DANE realizó el censo poblacional lográndose establecer el índice real de población con discapacidad; los resultados muestran como de una población de (41.242.948 personas) el 6.4% presentan algún tipo de discapacidad permanente, que en cifras absolutas corresponde a 2.639.548 personas [22].

Los resultados del Censo 2005, estimó una tasa de prevalencia general del 6,4% de discapacidad; el nuevo Plan Nacional de Desarrollo plantea que la discapacidad es un política transversal, por tanto, el Ministerio de la Protección Social (MPS), coordinara con el DANE y los Municipios la continuidad del registro. [22].

De la información relacionada con la discapacidad en Colombia, se extrae el 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 [26]. Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas con 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 con 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 determinantes de funcionamiento y discapacidad sentida de acuerdo a la severidad de las dificultades, así como algunos determinantes 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 [26].

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% seguidas por las del sistema nervioso con el 41.7% y la visión con 40.9%. De igual forma el 30.5% refirió las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como aquella que más le afectaba, seguidas por el sistema nervioso 20.5% y el sistema Cardiorrespiratorio y las defensas con 14.9% [21].

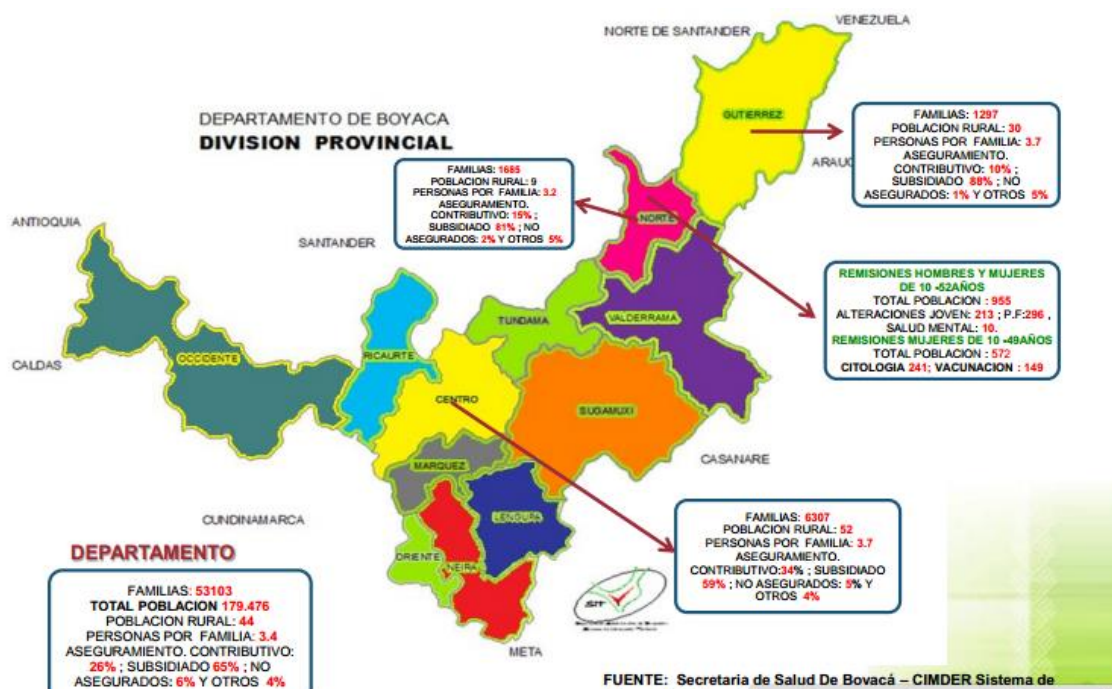
La distribución por grupos de edad muestra que los grupos de 0 a 4 años, 5 a 14 y 15 a 44 años tienen una mayor proporción de alteraciones de la voz y el habla, el grupo de 45 a 59 años de alteraciones en la digestión y el sistema cardio-respiratorio y en los mayores de 60 años de alteraciones en el sistema cardio-respiratorio, oídos, movimiento, ojos etc [26].

En relación con los determinantes sociales de la salud esta situación se encuentra limitada 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 [18,27].

La Figura 1, señala cifras estadísticas relevantes en el departamento de Boyacá, cuyo objetivo fue promover el desarrollo de competencias de cuidado en las familias boyacenses, que permita mejorar su capacidad de respuesta a condiciones de riesgo y vulnerabilidad para la salud, afrontando de manera exitosa los determinantes de la salud a través de la Secretaria de Salud y el Sistema de Información Comunitaria en Atención Primaria [28]. Con el equipo de APS realizan actividades de caracterización y determinación del riesgo en 53103 familias boyacenses, cuyos resultados fueron: población boyacense total 179.476,

población rural: 44, personas por familia: 3.4, aseguramiento: Contributivo: 26%; subsidiado 65%; no asegurados: 6% y otros 4% [28]. Estas cifras denotan el poco engranaje con la problemática de discapacidad dejando pobremente visibilizado este fenómeno en el territorio boyacense. En algunas agendas políticas del Departamento se señala la necesidad del trabajo social con enfoque de salud pública encontrando inmerso el concepto de determinantes sociales bajo un modelo de inclusión, pero aún no se conocen las cifras de las personas con discapacidad y los determinantes sociales que las relacionan.

**Figura 1. BOYACA: El devenir de la APS**



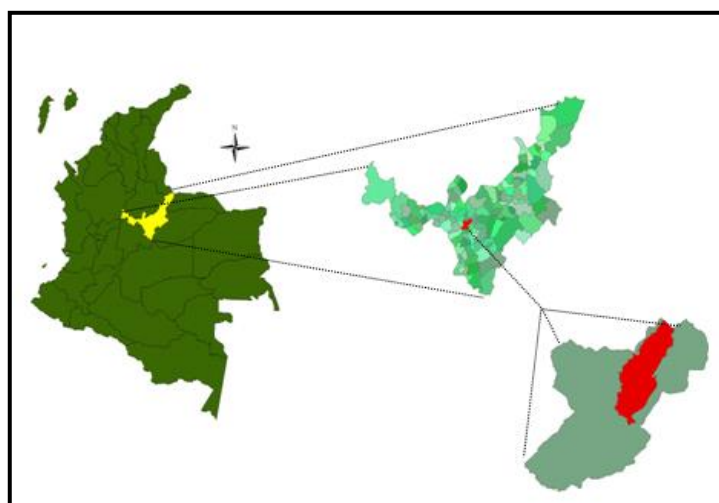
Fuente: Secretaria de Salud de Boyacá – CIMDER Sistema de Información Comunitaria en Atención Primaria en Salud SICAPS.2009

Según la Fundación Saldarriaga Concha [26], del estudio nacional, el departamento de Boyacá según Censo de población y vivienda de 1993, reportó un total de 19.792 personas con deficiencias severas, para una prevalencia del 1.7%; en el Censo de 2005 [22]. se identificaron 104.087 personas con

limitaciones permanentes, censadas en hogares particulares, para una prevalencia del 8,7%; según los resultados obtenidos con la aplicación del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad, se han registrado 26.371 personas, de un total de 123 municipios, Al aplicar el indicador de Capital Humano (CH), el departamento se encuentra en el nivel 2 o Medio bajo de exclusión (55,91%), se ha procesado información de 80 municipios,. El municipio con menor nivel de exclusión es el de Tipacoque con el 26,81% de las personas excluidas y el de mayor exclusión fue el de El Cocuy con el 95,38% [26].

A continuación se señalan aspectos esenciales para la ciudad de Tunja la cual se encuentra representada en la figura No. 2,

**Figura 2. SITUACION GEOGRAFICA DE TUNJA**

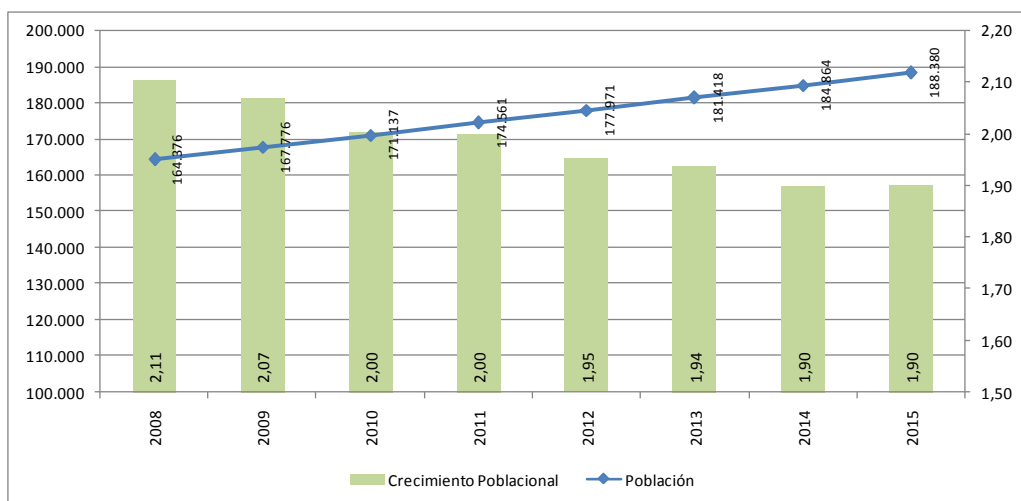


Fuentes: Tunja- Boyacá. Plan de gobierno 2010

El Municipio de Tunja se encuentra ubicada sobre la cordillera Oriental en la parte central del Departamento de Boyacá, localizada a  $05^{\circ}32'7''$  de latitud norte y  $73^{\circ}22'04''$  de longitud oeste, con alturas que van desde los 2700 msnm hasta 3150 msnm en la parte más elevada, con una extensión de 121.4 Km<sup>2</sup>, y una temperatura de 13°C [29].

La dinámica demográfica del municipio de Tunja con base en información sociodemográfica disponible, principalmente de las fuentes de información DANE [29], tiene un tamaño y crecimiento de la población ascendente destacada en la figura 3.

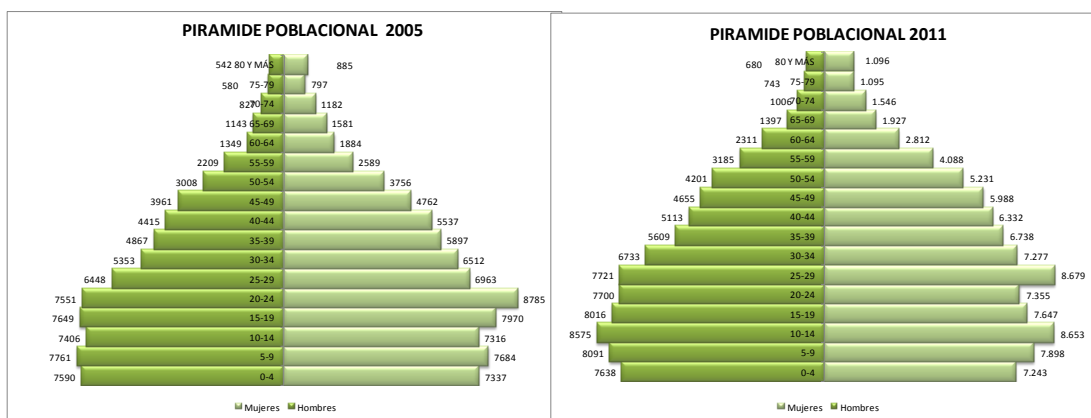
**Figura 3 CRECIMIENTO POBLACIONAL 2001-2015**



Fuente: Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipal por área

Según la estructura poblacional, se encuentra que la composición demográfica caracterizada por una población joven, en la cual la participación de la población menor de edad ha venido disminuyendo, como resultado de la disminución de la natalidad y la emigración de hogares jóvenes, se observa una disminución porcentual de la población en edades de 0 a 4 años en el censo 2005 [22], y en la proyección para el año 2011 [30]. Tal como lo señala la figura No. 4

**FIGURA 4. ESTRUCTURA POBLACIONAL 2005-2011**



Fuente: Censo 2005 y proyecciones de población

Por Censo 2005 y según el reporte socializado a los municipios, la ciudad de Tunja tiene 7.603 personas con limitación permanente, mujeres el 53%, los rangos de edad en que se encuentran las personas con discapacidad se concentran personas mayores de 60 años en las que aparecen 30 personas con deficiencias por cada 1000 habitantes, en menores de 60 se encuentran 10 personas por cada 1000. El 75% de las personas registradas pertenecen a los estratos 1 y 2 [22].

El 27.9% de las personas de Tunja que se encuentran en situación de discapacidad, carece de estudios, el 29.7% no ha culminado los estudios primarios (el 32,6% de los hombres y el 31,8% de las mujeres) y sólo el 1,0% cuenta con un nivel de escolaridad igual o superior a la educación básica secundaria completa (el 1,0% de los hombres y el 1,1% de las mujeres) [22].

Dentro de las estructuras o funciones corporales más frecuentemente afectadas se encuentran las relacionadas con el sistema nervioso con el 47.1%, los ojos con el 46.3%, el movimiento del cuerpo 39.1%; De todas las personas registradas, quienes mayores dificultades experimentan durante el desarrollo de sus

actividades diarias son las personas de 60 años o más. Así pues, el 44% presenta limitaciones para oír, aun con aparatos especiales; el 45 para producir, retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, el 42% para caminar trechos cortos por problemas cardiorrespiratorios, el 40% para masticar, tragar, 38% para correr, caminar y saltar y cambiar y mantener las posiciones del cuerpo, 39% para llevar, mover, utilizar objetos con las manos, 36% para mantener piel, uñas y cabellos sanos. Con respecto al origen de la discapacidad, en el 45.8% de los casos se desconoce su origen [22].

Existen barreras físicas que limitan la autonomía de las personas con discapacidad. El 47% de ellas encuentra este tipo de barreras en la vía pública (andenes y calles); en la vivienda el 45% (dormitorio, baño, escaleras, pasillos, sala, comedor, etc.); el 40%, en los vehículos de transporte público, paraderos y terminales; el 17% en centros de salud; el 22%, en los parques; el 22%, en centros comerciales y tiendas; el 17%, en centros educativos, y el 13% en su lugar de trabajo [22].

En Tunja, el 88.8% de ellos está afiliado al Sistema de salud, cifra que deja a 184 personas por fuera de él y en una mayor situación de vulnerabilidad respecto al total de la población. El 87% de los no afiliados corresponden a personas de los estratos 1 y 2, hacen parte del régimen contributivo; el 68.6%, del régimen subsidiado; el 5.3%, de alguno de los regímenes especiales. El 79% de las personas considera que no se está recuperando de su discapacidad. El 66% de las personas registradas han recibido orden médica de rehabilitación: al 46% le han ordenado terapia farmacológica; al 22%, fisioterapia y medicina física y de rehabilitación; al 31%, optometría; al 18% psicología; al 13%, fonoaudiología y psiquiatría; al 27%, terapia ocupacional; al 10%, de trabajo social, y al 8%, otro tipo de rehabilitación [22].

La participación en el mercado laboral es muy variada para la población con discapacidad que reside en el municipio de Tunja. Las personas en edad de trabajar (de 10 años o más) son el 92,7% de este grupo poblacional. De este grupo, el 82% corresponde a población económicamente inactiva, no están trabajando ni buscando trabajo, es decir, el 26.4% está incapacitado permanentemente para trabajar y no cuenta con una pensión, el 3.3% también presenta una incapacidad permanente para trabajar pero cuenta con una pensión, el 5,3% se dedica a estudiar, el 3.1% realiza oficios del hogar, el 4,3% realiza actividades de autoconsumo, el 6,8% se dedica a otra actividad, y el 0,7% restante está pensionado o recibe algún tipo de renta [22].

Al no desarrollar investigaciones con enfoque en determinantes sociales de la discapacidad aumentamos la brecha existente entre la academia y las situaciones sociales de los territorios creando falencias en los procesos de formación cuya consecuencia es la pobre respuesta a las necesidades del contexto en un país diverso, multiétnico, multicultural sometido a fallas estructurales del sistema de seguridad social en salud, educación, desarrollo humano e inmerso en un modelo económico neoliberal, y en un contexto de constante conflicto armado que requiere enfoques de aplicación basados en derechos.

Este panorama del contexto internacional, nacional, departamental y local permite un completo conocimiento y acercamiento a la realidad del tema, refleja en el fondo que existen factores que para este caso son los determinantes sociales de la salud con el evento social de discapacidad, que podría permitir la orientación de programas planes y proyectos, por lo anterior se formula la siguiente pregunta de investigación:

## **¿Cuál es la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en la ciudad de Tunja?**

### **1.1.1 JUSTIFICACION**

Al establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad, se reconoció la relevancia que actualmente presenta el concepto de determinantes sociales y su relación directa con la discapacidad en la ciudad de Tunja.

Este trabajo se constituye en un estudio pionero y de referencia en el ámbito de la discapacidad del municipio de Tunja, que fortalece los procesos de intervención interdisciplinar desde la promoción, prevención, terapéutica y rehabilitación, aunado a lo anterior 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 aporta elementos sobre los determinantes sociales y brinda 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 y abordar 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 de la salud y la discapacidad en el municipio de Tunja

La investigación se articula con otros proyectos que se realizan en el grupo de investigación Cuerpo y Movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales UAM, desde la perspectiva de epidemiología y políticas públicas, así como desde procesos de intervención, constituyéndose a futuro en una línea de investigación.

Específicamente este estudio nutre la línea de investigación “Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la salud” del grupo Cuerpo y Movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales, fortalece en una perspectiva interdisciplinar el objeto de estudio de la maestría en discapacidad, por ello, los resultados de este proyecto buscan beneficiar a la comunidad académica de la Universidad Autónoma de Manizales (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 comprensión de los determinantes sociales de la salud 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 la ciudad de Tunja. Se propuso así, un estudio que brindara las contribuciones necesarias para explorar los determinantes sociales de la salud y su relación con la discapacidad, resaltándolo como un asunto que exigió ser fortalecido para el mejoramiento de la salud y así reorientar acciones en torno a dar respuestas a los determinantes sociales de la salud. Es de vital importancia el enfoque holístico, intersectorial y diferencial por lo que se buscó la información del Registro para Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad del Municipio. .

Esta investigación no requirió de materiales o equipos costosos o de difícil consecución. Se contó con la participación voluntaria de la Secretaría de Protección Social Municipal la cual facilitó el acceso a la base de datos del registro DANE de discapacidad. Desde el punto de vista humano participaron docentes, investigadores expertos desde los aspectos teórico, metodológico, de sistematización de la información y estadístico.

Desde el punto de vista ético, la investigación cumplió con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [31], no se realizó ningún procedimientos que atente la integridad física y moral de las personas, se empleó un cuestionario digital que correspondió a la base de datos del Registro actual de Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad de la ciudad de Tunja. Para ello, la Secretaría de Protección Social participó en el estudio a través de comunicación escrita y facilitó la base de datos del registro de la ciudad al grupo investigador. En dicha comunicación se dejó 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” [32]. La información recogida se usa para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de la información de las personas. Si bien es claro que en el formato del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad del Municipio establecido por el DANE se encuentra una reserva estadística (ley 79 de 2005), en la actualidad es la Secretaría de Protección Social Municipal es la responsable de hacer la actualización del registro y su respectivo análisis por tanto, es potestad de esta institución conceder la autorización para el manejo de dichas bases de datos.

Este trabajo requirió de un enfoque de Determinantes Sociales y logró desarrollar un proceso de investigación en donde la Academia se articula con los Sistemas de

Información confirmando el uso de los datos a partir del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad y la orienta la actuación con respecto a los Determinantes de la Salud y las inequidades socioeconómicas.

Por otra parte, los estudios nacionales son insuficientes, señalan sobre los Determinantes Sociales en Salud un análisis de los problemas de salud, de problemas sociales y económicos como un tema central [15-16], pero no relaciona los Determinantes Sociales de la Salud con el fenómeno de discapacidad; además, la relación de ellos se constituye en un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la Salud Pública y la Epidemiología [17-33]. El abordaje buscó aplicar el conocimiento científico acumulado con relación a las causas últimas o estructuras de los problemas de salud y reconoce la estrategia de APS salud para todos, como reaparición vigorosa de los Determinantes Sociales como principal inquietud en Salud Pública [2]. El desarrollo de este trabajo permitió construir conceptualmente la relación de los Determinantes Estructurales e Intermedios de la Discapacidad en la ciudad de Tunja y propone el enfoque de Determinantes Sociales en Salud dentro de las agendas políticas del municipio.

A partir de los resultados se fortalece la acción investigativa con impacto social de las personas con discapacidad sus familias y la sociedad en general; el aporte de las inequidades en salud permite incluir acciones en los planes de desarrollo municipal y en las políticas públicas de discapacidad integrando estos ámbitos dentro de la participación en justicia social, igualdad y goce efectivo de derechos teniendo una visión multidimensional de la equidad en salud para esto.

Desde la academia se fortalecen profesionales que asuman que la discapacidad requiere de una mirada interdisciplinaria para su profundo estudio y reconoce en

los determinantes de la discapacidad una real aproximación a las inequidades de las personas para el efectivo empoderamiento e intervenciones del trabajo intersectoriales en los distintos sistemas biológicos, familiares, sociales, económicos y políticos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Discapacidad en la ciudad de Tunja a partir del Registro de Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) 2005

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2. 2.1 Establecer los Determinantes Sociales de la Salud estructurales de los participantes a partir del Registro de Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad de la ciudad de Tunja.

2.2.2 Identificar los Determinantes Sociales de la Salud intermedios de los participantes a partir del Registro de Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad de la ciudad de Tunja.

2.2.3 Caracterizar los componentes de la Discapacidad en cuanto a deficiencias en funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación e interacción de los mismos, según los criterios del funcionamiento y discapacidad de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. (CIF)

2.2.4 Establecer las relaciones existentes entre los Determinantes Sociales de la Salud estructurales e intermedios y los componentes de la Discapacidad a partir del Registro de Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad de la ciudad de Tunja.

### **3 REFERENTE TEORICO**

#### **3.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD CONTEXTO INTERNACIONAL**

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 [34].

Los Determinantes Sociales de la 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 [35]. 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.” [36].

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 [37].

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 [37]. 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 [38]. Este modelo presenta a los principales Determinantes Sociales de la Salud como capas de influencia.

En la Figura 5 se muestra que en el 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 [38].

**Figura 5. Principales determinantes en salud. – Modelo de Dahlgren y Whitehead**



Fuente: Modelo explicativo de determinantes de salud creado por Dahlgren y Whitehead 1991

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” [39].

Se tendría 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

serían 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 vinculados a las políticas. La interacción de estos Determinantes Sociales de la Salud influiría (próximamente) a explicar la salud y enfermedad de los individuos [40].

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 [37].

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 [37].

En esta perspectiva el planteamiento 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 [38].

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.

Entre los Determinantes Sociales estructurales y los factores que considera la perspectiva canadiense se encuentran el género, que 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 mejorando la salud de la población; las 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; el ingreso y nivel social en donde 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; las redes de apoyo social, consideradas como la participación y el apoyo de los amigos, las familias y las comunidades se asocian con una mejor salud, la cultura en donde 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; el nivel educativo, en el cual la situación de salud mejora con el nivel de educación. La educación aumenta oportunidades de ingresos y seguridad en el trabajo [41].

Por último, los entornos sociales y físicos, 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, y los factores físicos en el entorno natural por ejemplo calidad el 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 [41].

Entre los Determinantes Sociales Intermedios y los factores que considera la perspectiva canadiense se encuentra la 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; las prácticas de salud personal 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; los servicios de salud en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades, restituir la salud y el funcionamiento contribuye a la salud de la población [41].

Wilkinson y Marmot [42], han abordado el tema de los Determinantes sociales de la salud y definen 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.

De otro lado es importante plantear lo retomado por Borrel IC [43], 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 [44], 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.

La equidad es 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 [45,46]. 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.

La medicina basada en la evidencia, utiliza 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 [47], han revisado y criticado una selección de estrategias para la síntesis de evidencia, incluyendo técnicas que son en gran parte cualitativas e interpretativas.

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 [48]. Tener en cuenta tanto las diferencias de salud entre grupos como los gradientes. Las desigualdades en salud se han descrito siguiendo tres aproximaciones [49]. 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 [50], por lo que debería enfatizarse el primer enfoque.

Comprometerse, a intentar identificar los mecanismos causales de cómo opera las desigualdades en salud. Tal como se ha comentado en el apartado anterior, hay distintos modelos que explican estos mecanismos causales.

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 son contextuales y dinámicos, y que cambian a lo largo de la historia y en distintos contextos; son construcciones sociales y no biológicas; 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); 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 se expresan simultáneamente tanto en la sociedad como en el individuo, considerando que cada persona está localizada en cada una de las dimensiones o ejes [51, 52]. 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 uso del instrumento Bias Free (Buildingan Integrative Analytical System for Recognizing and EliminatingIn Equities) permite identificar y evitar los sesgos en la investigación en salud que se derivan de cualquier jerarquía social [53].

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 [54].

Se ha encontrado en marzo del 2002, del campo de la Epidemiología Social un término denominado experiencia de las expresiones biológicas de la inequidad social; este término se refiere a la manera como las personas literalmente encarnan y expresan biológicamente las experiencias de las desigualdades económicas y sociales, desde el periodo intrauterino hasta la muerte, con lo cual se producen desigualdades sociales relacionadas con la salud que se reflejan en una amplia variedad de resultados [12,5,9]. El concepto de expresiones biológicas de las desigualdades sociales ocupa un lugar central en la Epidemiología social y ha estado presente en el pensamiento epidemiológico —aunque no siempre de manera explícita— desde el surgimiento de esta disciplina a comienzos del siglo XIX, como lo ejemplifican las investigaciones pioneras (como las realizadas por Louis René Villermé [55]. Sobre los gradientes socioeconómicos en la mortalidad, la morbilidad y la talla y los efectos de la pobreza sobre aquellos.

Entre los ejemplos figuran las expresiones biológicas de la pobreza y de diversos tipos de discriminación, como la que depende de la raza/ grupo étnico, el concepto

de género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad. El hecho de que estas expresiones biológicas de las desigualdades sociales se interpreten como manifestaciones de características innatas y no impuestas, o individuales y no sociales, está determinado en parte por las propias desigualdades sociales que moldean la salud de la población [3,12]. De esta manera, el concepto de “expresiones biológicas de las desigualdades sociales” contrasta con las formulaciones biológicamente deterministas que presentan procesos y característica biológicos invocados de manera tautológica para definir la pertenencia a los grupos subordinados o a los dominantes (por ej., determinadas por el color de la piel o el sexo) como explicaciones de las desigualdades sociales en la salud. Otra investigación que es necesario destacar es el National Institute for Health Research que implementó un programa de investigación sobre intervenciones no sanitarias para mejorar la salud y disminuirlas desigualdades en salud [56].

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. Son escasos los 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 [42]. 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, los que se traduce en un incremento de costos a los

sistemas de salud. Por otro lado, la situación de los hombres en países en desarrollo es también delicada, considerando las precarias condiciones laborales y las largas y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida que implican un mayor riesgo de Discapacidad [43].

Los datos derivados del Estudio Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México [57], revela que, entre las personas de 60 años y más, la mayor proporción es de mujeres que de hombres informando 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 para Canadá [58], señalan una serie de áreas de la vida social, en las cuales se 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 " [57]. Para ello se utilizó un análisis de regresión múltiple de datos de la encuesta nacional del año 1994 de Canadá denominado Salud de la Población; dos medidas de salud se utilizaron: el estado de salud subjetiva y el Health Utilities Index (una medida del estado de salud funcional). Los Determinantes Sociales de la Salud estructurales que se refieren a

la edad, estructura familiar, la actividad principal, la educación, ocupación, ingresos y apoyo social. Los 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 [59], 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 considerar que la igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injusta y evitable entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente [60].

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, 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 [40].

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 [59].

La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes. La primera parte, comprende el Funcionamiento y la discapacidad lo conforman el componente funciones y estructuras corporales y el componente actividades y participación; la segunda parte comprende los factores contextuales conformados por los componentes de factores ambientales y factores personales. Cada componente puede ser expresado en términos positivos o negativos. Cada componente contiene varios dominios que son las unidades de clasificación. La salud y los estados “relacionados con la salud” de un individuo pueden registrarse seleccionando la categoría más apropiada y añadiendo calificadores que especifican la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría o la extensión por el factor contextual es un facilitador o barrera [8].

Desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) indica los componentes de la interacción entre un individuo con una condición de salud dada y los factores contextuales (Ambientales y personales). Es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Al igual que el funcionamiento, se entiende como una interacción dinámica entre la condición de salud y los factores contextuales [8].; 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 denomina 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 [8].

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 [8].

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 [61]. 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 que los determinantes relacionados 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

### **3.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD CONTEXTO NACIONAL**

Diversos estudios en Colombia [62, 63], han demostrado el papel de algunos Determinantes Sociales de la Salud 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, auto percepción del estado de salud.

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 – Velandia, I. [64], 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 los determinantes del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF [8], 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 [62].

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 [26]. 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 [65]. 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 estado, situación que dificulta que se encaminen adecuadamente las políticas públicas alrededor de la discapacidad.

Algunas iniciativas de la salud pública para abordar las desigualdades en salud muestran 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 [66].

Es así como el éxito en el alcance de los objetivos de desarrollo del milenio 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 los cuatro puntos de entrada identificados por Diderichsen [66]. 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).

Según los factores que incide en la práctica de actividad física de la población en situación de discapacidad según el grupo de investigación de actividad física y desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia cuyo objetivo fue identificar los determinantes sociales, ambientales, culturales, económicos, políticos que inciden en la práctica de la actividad física regular en la población en situación de

discapacidad de la ciudad de Bogotá, con el fin de plantear recomendaciones que posibiliten a los tomadores de decisión del distrito una implementación pertinente de la política pública en el área [63].

Además, el programa de líderes en salud internacional equipo Colombia de inequidades en salud con enfoque en los determinantes sociales a partir de una metodología de la guía andina para el análisis de la situación de salud ASIS, en la zona interfronteriza entre Colombia y Ecuador cuyo objetivo es evaluar los determinantes sociales en salud en las inequidades en salud de la zona fronteriza y de esta manera contribuye a la comprensión de las inequidades a la luz de la seguridad humana, sistema de salud y cooperación internacional. 2012 [67].

En el caso del Determinante Social de la Salud denominado Afiliación se ha utilizado la encuesta de Calidad de Vida 2008 que busca establecer los determinantes del acceso a los servicios de salud para la población colombiana gracias al estudio publicado por Rodríguez [68], en donde se caracterizan las barreras al acceso según sean de demanda o de oferta. Entre quienes presentaron un problema de salud aproximadamente el 21.38% no utilizó los servicios: 13% por barreras impuestas desde la oferta y 87.2% por las barreras. La falta de dinero sigue siendo una importante barrera al acceso tanto para población con seguro de salud (14.4%), como para la población sin él, 50.24%. Aunque se muestran evidencias a favor de la estrategia de aseguramiento como facilitador del acceso, la persistencia de barreras financieras sigue imponiendo un reto al sistema de salud colombiano.

### **3.3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA DISCAPACIDAD CONTEXTO LOCAL**

Se evidencia la participación de aportes de la academia en la construcción y análisis de los determinantes sociales en salud según un estudio de la Universidad Industrial de Santander y la Universidad Pedagógica de Colombia y la Secretaria departamental de salud con el proyecto de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes del Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia. Determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes Yo soy yo y mis circunstancias José Ortega y Gasset [69].

Las decisiones que cada persona adolescente o joven tome con respecto a su propia sexualidad y los resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductiva no son estrictamente determinados por factores individuales; a momento de decidir o de tener alguna condición, entran en juego toda una variedad de factores, muchos de ellos sociales, que le harán optar por una u otra conducta o que contribuirán a tener uno u otro resultado (favorable o no); por ejemplo, su nivel de educación, su trabajo o labor, la situación económica de sus padres, el vivir en una zona urbana o rural, el ser hombre o mujer, el acceso a atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos, las oportunidades o dificultades que le ofrece el medio, el acceso a sistemas de atención en salud, etc.

Estos factores son conocidos como Determinantes Sociales de la Salud y se refieren a las condiciones de vida que impactan la salud de las personas. También en el campo de la salud sexual y reproductiva de estos grupos es posible identificar una serie de factores que actúan como determinantes de las decisiones

que cada joven toma frente a su sexualidad y de los resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductiva. [69].

Como experiencia para Boyacá se encontró el registro de una experiencia exitosa con el fin de Promover el desarrollo de competencias de cuidado en las familias boyacenses que les permita mejorar su capacidad de respuesta a condiciones de riesgo y vulnerabilidad para la salud, afrontando de manera exitosa los determinantes de la salud. “Boyacá: El devenir de la APS” [28]. en una corte de 200 familias visitadas en el Municipio de Soata se generaron 701 motivos de consulta: 26% detección de cáncer de seno, 16% salud bucal, 11% toma de citología, 10% para control del joven, seguido este grupo por un 6% para planificación familiar, 5.7% para crecimiento y desarrollo, 5.6% tamizaje visual y en el último grupo están vacunación con el 2%, salud mental el 1%, y control prenatal con el 0.4%; La demanda final de servicios a nivel institucional más requerida en su orden fue: toma de citología, control del joven, consulta adulto mayor; La contratación de los Planes de Salud Territorial con las entidades públicas recupera en estas la visibilidad en los espacios políticos; El desarrollo del Plan de Salud Territorial con un enfoque de APS, mejora los resultados, en intervenciones de detección temprana y protección específica, PAI, desnutrición en menores de 5 años, salud mental, enfermedad crónica en adulto joven y adulto mayor; La respuesta de la población ha sido tan positiva que la demanda de consulta ha rebasado en varias oportunidades la capacidad de respuesta institucional. Las conclusiones fueron, Visión de APS de la salud de las familias y las personas, integral y más integrada al sector y contexto municipal; El contacto salud y comunidad a través de SICPAS es clave en la credibilidad y adherencia de la comunidad a las estrategias planteadas por APS; La existencia de un POS con exclusiones de servicios básicos como Salud Mental y medicamentos para el primer nivel de atención, hace visible la existencia de un sistema inequitativo que

amenaza el alcance e impactos de la APS en Colombia; La mala remuneración y rotación de los profesionales de la salud en primer nivel de atención, no facilita la adherencia de los profesionales al modelo de APS.; Persisten las EPS, que ven la APS como un gasto “adicional” y hacen de la gestión política de la APS un proceso incierto, en un mar de normas limitadas en principios de equidad y justicia social; La formación y el ejercicio profesional de los equipos de salud no responde, uniforme y unánimemente hacia la APS, generando liderazgos importantes en profesiones como enfermería, en tal sentido los equipos de APS requieren la concurrencia de otros profesionales con un sentido social y político más amplio frente a las necesidades en salud de las personas. Queda demostrado que la comunidad cree más en el sector salud cuando este se preocupa más por las personas que por sus enfermedades [28].

El enfoque de Determinantes Sociales en Salud se encuentra en la agenda política de los gobernantes de algunos municipios del departamento como Paipa, Moniquirá [70], en los cuales se incluye acciones con enfoque de salud pública y por ende de determinantes sociales, es el caso del modelo departamental en salud el cual se enmarca en elementos de tres perspectivas teóricas y conceptuales en salud pública: el manejo social del riesgo, el enfoque de determinantes sociales en salud, y la estrategia de (APS). Desde una perspectiva del manejo social del riesgo, aplicable en general al campo de la protección social, se plantea que han de incluirse tres estrategias para abordar los riesgos: la prevención, la mitigación y la superación de eventos negativos, junto con tres niveles de formalidad en el manejo de dicho riesgo: informal, de mercado y público, organizando lo anterior mediante la participación coordinada de varios actores a cargo: personas, hogares, comunidades, organizaciones no gubernamentales (ONG), diversos niveles de gobierno y organizaciones internacionales. Este enfoque para manejo del riesgo se centra principalmente en las personas empobrecidas, entendidas

como las más vulnerables a los riesgos y quienes habitualmente carecen de herramientas efectivas para enfrentarlos [70].

Las estrategias a emplear para manejar el riesgo en los grupos sociales empobrecidos son aquellas que reducen al mínimo sus probabilidades de pérdida de bienestar; por ejemplo, los servicios de atención primaria en salud. Por lo tanto, la planificación de acciones sanitarias tomando en cuenta el manejo social del riesgo ha de emplear estrategias coordinadas de prevención (para reducir la probabilidad del riesgo), de mitigación (para disminuir el posible efecto de un futuro riesgo de deterioro), y de superación (para aliviar el impacto del riesgo una vez producido), con especial énfasis en que beneficien a quienes se encuentran empobrecidos. La estrategia de atención primaria en salud es entendida como una estrategia integral para la acción en salud, basada en la participación.[70].

### **3.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

Para el presente trabajo se utilizó la siguiente tabla de operacionalización que define los Determinantes Sociales estructurales e intermedios y los componentes de la discapacidad según Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud y de la Discapacidad CIF [8].

**Tabla 1 Operacionalización de los determinantes sociales de la salud Estructurales e Intermedios**

TIPO DE DETERMINANTE	DETERMINANTE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ÍNDICE
	<b>Sociodemográficas</b>			
<b>Determinantes sociales en salud Estructurales.</b>	<b>Genero</b>	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
	<b>Edad</b>	Número de años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de encuesta	Edad cumplida en años	Años
	<b>Nivel educativo</b>	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	0
			-Preescolar incompleto	1
			-Preescolar completo	2
			-Básica Primaria incompleta	3
			-Básica Primaria completa	4
			-Básica Secundaria incompleta	5
			-Básica Secundaria completa	6
			-Técnico o tecnólogo incompleto	7
			-Técnico o tecnólogo completo	8
			-Universitario sin título	9
			-Universitario con título	10
			-Posgrado incompleto	11
	-Postgrado completo	12		
	<b>Raza</b>	Grupo humano cuyos caracteres morfológicos se perpetúan por herencia. Estos caracteres pueden no coincidir con los somáticos, lingüísticos y culturales, que constituyen unidades denominadas	Negro	1
			Raizal	2
			Palenquero	3
			Gitano	4
			Indígena	5
			Mestizo u otro diferente	6
	<b>Área</b>	Tipo de área donde reside	Cabecera	0
			Centro poblado	1
Rural disperso			2	
<b>Estratificación socioeconómica</b>	Nivel de clasificación del inmueble de la población.	Lugar de residencia	1	
			2	
			3	
			4	
			5	
			6	

			9
<b>Barreras</b>	Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible	Dormitorio	1
		Sala comedor	2
		Baños	3
		Escaleras	4
		Pasillos y patios	5
		Andenes aceras	6
		Calles, vías	7
		Parques, plazas estadios, teatros, iglesia	8
		Paraderos, terminales de transporte	9
		Vehículos de transporte público	10
		Centros educativos	11
		Lugares de trabajo	12
		Centros de salud, hospitales	13
		Centros comerciales, tiendas, plaza de mercado	14
		Otros lugares	15
		Ninguno	16
Aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. incluye las actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad.	de familiares	1	
	de amigos , compañeros	2	
	de vecinos	3	
	de funcionarios, empleados	4	
	Otras personas	5	
	Nadie tiene actitud negativa	6	
<b>Origen de la discapacidad</b>	Conoce las causas o comienzo de la discapacidad	No	0
		Si	1
	Consecuencia de	-Condiciones de salud de la madre	1
		-Complicaciones en el parto	2
		-Enfermedad general	3
		-Alteración genética hereditaria	4
		-Lesión autoinfligida	5
		-Enfermedad profesional	6
		-Consumo de psicoactivos	7
		-Desastre natural	8
		-Accidente	9
		-Víctima de violencia	10
		-Conflicto armado	11
-Dificultades en la prestación	12		
-Otra causa	13		

		No sabe cuál es el origen	14	
<b>DETERMINAN- TES SOCIALES Intermedios</b>	<b>AFILIACION</b>			
	<b>Afiliación SGSS</b>	al Un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, a cargo del Estado	-Contributivo	1
			-Subsidiado	2
			-Régimen especial	3
			-Vinculado	4
			-Ninguno	5
			-No sabe	6
	<b>TRABAJO</b>			
	<b>TRABAJO</b>	Actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses	-Trabajando	1
			-Buscando trabajo	2
			-Incapacitado permanente para trabajar sin pensión	3
			Incapacitado permanente para trabajar con pensión	4
			-Estudiando	5
			-Realizando oficios del hogar	6
			-Recibiendo renta	7
			-Pensionado-jubilado	8
			-Realizando actividades de autoconsumo	9
			Otra actividad	10
		Desempeño laboral	-Obrero-empleado del gobierno	1
			-Obrero-empleado particular	2
			-Jornalero-peón	3
			-Patrón o empleador	4
			-Trabajador por cuenta propia	5
			-Empleado doméstico	6
			-Trabajador familiar sin remuneración	7
		Capacidad para trabajo afectada por discapacidad	Si	1
			No	2
		Ingreso mensual promedio	No devengan salario	0
			Menos de \$ 426.000	1
			De \$426.001 A \$852.000	2
			De \$852.001 A \$1.278.000	3
			De \$1.278.001 A \$1.704.000	4
		No hay respuesta	5	
Actividad económica actual		-Industria	1	
		-Comercio	2	
		-Agrícola	3	
		-Pecuaria	4	
		-Servicios	5	
	-Otra	6		

TIPO DE VIVIENDA Y SU CONDICIÓN			
Vivienda	Tipo de vivienda: Espacio físico cuya principal razón es la de ofrecer refugio y descanso.	-Casa	1
		-Apartamento	2
		-Cuarto	3
		.Institución pública	4
		-Institución privada	5
		-Calle	6
		-Otro tipo de vivienda	7
	Condición de tenencia de la vivienda	Arriendo o subarriendo	1
		Propia y la esta pagando	2
		Propia pagada	3
		De un familiar sin pagar arriendo	4
		De un tercero sin pagar arriendo	5
Otra	6		
REHABILITACION			
Servicios de Rehabilitación	Recuperación de la discapacidad	Si	1
		No	2
	Factores de recuperación	-Los servicios de salud y servicios recibidos	1
		-Apoyo familiar	2
		-Empeño por salir adelante	3
		-A Dios	4
		-medicina alternativa	5
		- Otro	6
	Tipo de rehabilitación	-Medicina física y de Rh	1
		-Psiquiatría	2
		-Fisioterapia	3
		-Fonoaudiología	4
		-Terapia ocupacional	5
		-Optometría	6
		-Psicología	7
		-Trabajo social	8
		-Medicamentos permanentes	9
		-Otro tipo de Rh	10
		-Ninguno	11
	Asistencia actual a Rh	Si	1
		No	2
Quien paga la Rh	-SGSS	1	
	-Familia	2	
	-Personalmente	3	
	-ONG	4	

		-Empleador	5
		-Otro	6
	Tipo de establecimiento de Rh	-Publico	1
		-Privado	2
		-No sabe	3
	Porque no recibe rehabilitación	-Ya termino la rehabilitación.	1
		-Cree que ya no lo necesita.	2
		-No le gusta.	3
		-Falta de dinero.	4
		-Lejanía del centro de atención.	5
		-No hay quien lo lleve.	6
		-No sabe.	7
		Sin dato.	
	Años sin Rh	Años	Dato

Fuente: Los Autores

**Tabla 2 Operacionalización de los componentes de la Discapacidad según CIF**

DISCAPACIDAD		DEFINICIÓN	INDICADOR	ÍNDICE
<b>COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD SEGÚN CIF</b>	<b>Alteraciones permanentes por condición de salud</b>	Problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación significativa o una pérdida	El sistema nervioso	0
			Los ojos	1
			Los oídos	2
			Los demás órganos de los sentidos	3
			La voz y el habla	4
			El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	5
			La digestión, el metabolismo, las hormonas	6
			El sistema genital y reproductivo	7
			El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	8
			La piel	9
			Otra	10
			Sin dato	99
			<b>Limitación en actividades</b>	Dificultad que un individuo puede tener en el desempeño o
Para ver	2			

	<b>diarias</b>	realización de actividades. Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión, o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.	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 posición del cuerpo	13
			Para alimentarse, asearse y vestirse	14
			Otra dificultad.	15
	Restricción en la participación social	Son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad	Con la familia	1
			Con la comunidad	2
			Religiosas	3
			Productivas	4
			Deportivas	5
			Culturales	6
			Educación no formal	7
			Ciudadanas	8
			Otras	9

Fuente: Los Autores

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO**

Investigación que se realizó con un enfoque empírico analítico ya que se buscó obtener datos fácticos a partir de los cuales se puede caracterizar al menos comportamientos externos del objeto de la realidad estudiado, este proceso de investigación partió de los datos provenientes de la realidad [71].

El estudio fue descriptivo transversal con una fase correlacionar, evidenció todos los Determinantes Sociales de la Salud y explicó los componentes de la Discapacidad en la ciudad de Tunja.

### **4.2 POBLACION**

Total de personas que se identificaron a partir del Registro de Caracterización y Localización de personas con Discapacidad de la ciudad de Tunja, el cual fue entregado a los investigadores por parte de las Secretarías de Salud departamental de Boyacá Al momento las ciudades se encuentran actualizando dicho registro y el total de la población fue definido con un numero de 2093 registros.

Este aspecto es aclarado considerando que se incluyó el total de registros existentes en las bases de datos según DANE, actualizados a la fecha de septiembre de 2010 de la Alcaldía Mayor de Tunja con apoyo de la Secretaría de Salud departamental correspondiente a 2093 registros

### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO**

Se incluyó el total de registros existentes en las bases de datos actualizados a la fecha de septiembre de 2010 en la ciudad de Tunja, participantes cuya información estuviera completamente diligenciada.

### **4.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.**

Como técnica se utilizó la revisión de base de datos de la ciudad de Tunja con 2093 participantes y el instrumento empleado fue la matriz electrónica en Excel, entregada por la alcaldía mayor de Tunja con apoyo de la Secretaria departamental de Boyacá en la cual se diligencia cada uno de los determinantes del registro en relación con la operacionalización de determinantes realizada previamente de este modo será prioridad el cumplimiento de los objetivos de este estudio.

El siguiente fue el procedimiento que se desarrolló en la presente investigación:

Se realizaron los trámites institucionales con la Alcaldía Mayor de Tunja y la Coordinación de discapacidad municipal apoyados con la Secretaria de salud del departamento de Boyacá, con el fin de la obtención en la adquisición de la base de los registros del DANE actualizados a septiembre 2010, obteniendo respuesta favorable en este proceso de gestión que el grupo de investigación de la Universidad Autónoma de Manizales efectuó.

Depuración de la base de datos con ayuda de los programas de Excel y SPSS.

Procesamiento de la información, se realizó con el acompañamiento académico de la Maestría y la asesoría de los docentes en el aspecto metodológico y estadístico correspondientes a cumplir con los objetivos de esta investigación, igualmente se realizó el análisis univariado y bivariado de los Determinantes Sociales estructurales e intermedios de la salud y los componentes de la discapacidad según el lenguaje propuesto por la CIF 2001.

Análisis y discusión de los resultados, se realizaron mesas de trabajo en equipo con el fin de construir a la luz del referente teórico un análisis desde el impacto de esta investigación y los resultados obtenidos para la ciudad de Tunja.

La sistematización de la información se realizó en el programa SPSS versión 19 (Licencia Universidad Autónoma de Manizales).

Por consiguiente Inicialmente se realizó la limpieza y depuración de los datos, que facilitó en primera instancia establecer un análisis univariado de los determinantes estructurales e intermedios y la magnitud de los mismos a través del cálculo de las medidas de tendencia central y dispersión.

Se realizó un análisis bivariado, para lo cual fue necesaria la recodificación de variables como la edad, tipo de rehabilitación, escolaridad, ingresos, estrato, raza, años sin rehabilitación, entre otras con las cuales se buscó establecer las posibles relaciones entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Discapacidad del estudio. Para determinar la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes del análisis bivariado se aplicó pruebas paramétricas y no paramétricas.



adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, la Sentencia C-293 de 2010 que declara exequible la Ley 1346; La Convención entra en vigor el 11 junio de 2011. artículo 31 de la Convención. Además, esta soportado en la Ley 1145/2007 por medio del cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad 2007, la Ley 1450 de Junio de 2011 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014; en su artículo 2, incorpora el documento contentivo de las Bases del Plan Nacional “Prosperidad para Todos”. Capítulo IV. También, el RCLPD se soporta en la Circular 085 de diciembre de 2010 del Ministerio de la Protección Social que actualmente está trabajando un Proyecto de Decreto Reglamentario que especifique los procesos requeridos a nivel nacional, departamental y municipal, para el correcto funcionamiento del registro [72].

En el “Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad”, es el único documento oficial y reconocido a nivel nacional para la localización y caracterización de este grupo poblacional y concibe la discapacidad desde el modelo biopsicosocial; en el cual se incluyen los “déficit, deficiencias o alteraciones en las funciones o estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación” en coherencia con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud, OMS, CIF 2001, la Convención de los derechos de las personas con discapacidad (Ley 1346 de 2009) y el Decreto 470 de 2007 de la política Publica de Discapacidad para el D.C [72].

Según el estudio nacional realizado por la Fundación Saldarriaga Concha del 2010 en Colombia denominado un Reto a la inclusión social aparecen las dimensiones del análisis realizado por el DANE del Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad; la discapacidad y la exclusión afecta en un primer momento a la persona en sí, es ella quien la vive, pero

también se hace visible cuando la persona interactúa con el entorno, con su familia, con la comunidad. Cuando soporta y siente los efectos de la pobreza, o la marginalidad, se afecta su cuerpo su grado de bienestar, y es aquí en donde se manifiesta la acción o la omisión del Estado, es en sus condiciones de vida en las que se hace patente los efectos de la política, el cumplimiento o la negación de sus derechos [73].

Para desarrollar el análisis se utilizan las siguientes categorías o dimensiones:

La dimensión corporal, desde el ser, analiza determinantes relacionadas con las particularidades de las personas, lo Corporal y los Factores Personales: las deficiencias en sus estructuras o funciones corporales, se complementa con información sobre las causas de la discapacidad y algunas características demográficas (sexo, edad, etnia, entre otras) [73].

La respuesta desde lo territorial a las necesidades identificadas en esta dimensión, comprende planes, programas, o proyectos dentro del componente de “Promoción de espacios protectores y Prevención de la discapacidad”, este componente se relaciona estrechamente con la ejecución del Plan Nacional de Salud Pública [74].

El propósito de la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, descrito en su artículo 1º, determina que: “...la persona con discapacidad es aquella que presenta deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación, que se debe promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” [10].

Por tanto la discapacidad no se identifica tan solo en personas con deficiencias, ésta se ha de manifestar en las limitaciones o dificultades en el desarrollo de la actividad cotidiana, abarca desde una desviación leve, hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud [73].

Las principales limitaciones incluidas en el primer nivel de la clasificación, son el aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado. Igualmente, la discapacidad se hace evidente cuando la persona encuentra o presenta restricciones que le impiden su plena participación en la sociedad [73].

La presencia de una restricción por la existencia de barreras (físicas – actitudes), viene determinada por la comparación de la participación de esta persona con la Participación que se espera de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad [73].

El formulario y las bases del Registro dan razón de 89 preguntas distribuidas en siete módulos que comprenden la localización y vivienda: contiene datos sobre la ubicación geográfica de la persona con discapacidad, el acceso a servicios públicos, y algunas características de su vivienda; la identificación personal: con datos sobre la identificación de la persona con discapacidad: nombre, documento de identidad, edad, sexo, etnia, datos que la hacen única e inconfundible; la caracterización y origen de la discapacidad: características generales de la discapacidad, tipo de deficiencia, limitación, barreras actitudinales y arquitectónicas, comunicación, y datos acerca de la causa u origen de la discapacidad; la salud con datos sobre el sistema de salud, ayudas técnicas, cuidadores, rehabilitación, recuperación, etc; la educación: datos relacionados con

su educación dentro del sistema formal o regular, para saber hasta dónde cada persona ha estado incluida en el mismo, la participación que identifica espacios en los cuales las personas con discapacidad percibe barreras u oportunidades, en la realización de actividades vitales como miembro de una familia y como ciudadano; el trabajo: identifica las oportunidades, condiciones y tipo de actividades laborales a las cuales accede, o no, la persona con discapacidad [25].

## **5 DISPOSICIONES VIGENTES**

La investigación cumple con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [31], no realizará procedimientos que atenten contra la integridad física y moral de las personas. De acuerdo a la resolución 008430 artículo 11 el presente estudio se considera como “investigación sin riesgo”, ya que no atenta contra la integridad física y moral de los participantes del estudio. La información recogida se usa solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 ANALISIS UNIVARIADO

#### 6.1.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES

Tabla 3. Distribución de los determinantes sociales de la salud Estructurales - Sociodemográficos.

DETERMINANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>GENERO</b>		
Masculino	983	47
Femenino	1110	53
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100</b>
<b>EDAD</b>		
0 – 4 años	85	4.1
5 – 9 años	224	10.7
10 – 14 años	214	10.2
15 – 19 años	139	6,6
20 – 24 años	120	5,7
25 – 29 años	97	4,6
30 – 34 años	112	5,4
35 – 39 años	103	4,9
40 – 44 años	128	6,1
45 – 49 años	134	6,4
50 – 54 años	112	5,4
55 – 59 años	105	5
60 - 64 años	100	4,8
65 – 69 años	113	5,4
70 – 74 años	94	4,5
75 – 79 años	101	4,8
80 – 84 años	66	3,2
85 – 89 años	29	1,4
90 – 94 años	11	0,5
95 – 99 años	5	0,2
100 – 104 años	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100</b>
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Preescolar	141	6.7
Básica primaria	791	37.7

Básica secundaria	408	19.4
Técnico o tecnológico	26	1.3
Universitario	88	4.2
Postgrado	9	0.4
Ninguno 0	566	27
No hay respuesta	64	3.1
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100</b>
<b>RAZA</b>		
Negro (a) afrodescendiente	4	2
Raizal del archipiélago	2	1
Palenquero	1	0
Gitano (a) Rom (li)	1	0
Indígena	1	0
Mestizo u otro diferente	2033	97,1
No hay respuesta	51	2,4
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100</b>
<b>TIPO DE AREA</b>		
Cabecera	1759	84
Rural disperso	334	16
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100</b>
<b>ESTRATO SOCIAL</b>		
Estrato 1	485	23,2
Estrato 2	1095	52,3
Estrato 3	355	17
Estrato 4	55	2,6
Estrato 5	3	0,1
Sin estrato	100	4,8
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100</b>

Fuente: Los autores

La tabla 3 señala que dentro de los determinantes sociales en salud estructurales sociodemográficos para el municipio de Tunja, el 53% son personas de género femenino, respecto al grupo etareo de mayor porcentaje, se observa que el 27.5% está entre los 5 y 19 años de edad, seguido de las personas mayores de 60 años con un porcentaje de 24,8%, el 12.5 % de las personas entre los 40 y 49 años de edad; la edad promedio de los participantes fue de 38,5 años +/- 25 años.

Con relación al nivel educativo, se encuentra que el 37,7% de las personas han cursado básica primaria y un 27,0% corresponde a personas que no han ingresado a ningún nivel educativo, mientras que un 19.4% tiene básica secundaria, un porcentaje de 4.2% ha cursado estudios universitarios.

Respecto a la raza, las personas mestiza se presenta en un 97.1% mientras que un 2% corresponde a la raza afro-descendiente y un 2.4% no responden.

El área en donde viven las personas con discapacidad es urbana en un 84% y rural disperso un 16%. El 75,5 % pertenecen al estrato 1 y 2, un 17% al estrato 3 y existe un 4.8% sin estratificación.

**Tabla 4. Distribución de determinantes sociales de la salud estructurales. Las alteraciones, las dificultades y las restricciones en la participación**

DETERMINANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO DE ALTERACIÓN		
Alteración permanente en el sistema nervioso	986	47,1
Alteración permanente en los ojos	969	46,3
Alteración permanente en los oídos	365	17,4
Alteración permanente en los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	119	5,7
Alteración permanente en la voz y habla	531	25,4
Alteración permanente en el sistema Cardiorrespiratorio y defensas	567	27,1
Alteración permanente en la digestión, el metabolismo y hormonas	485	23,2
Alteración permanente en el sistema genital y reproductivo	195	9,3
Alteración permanente en el movimiento, cuerpo, manos, brazos y piernas	819	39,1
Alteración permanente en la piel	88	4,2
otras alteraciones	66	3,2
LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS		
Dificultades permanentes para pensar, memorizar	963	46,0
Dificultades permanentes para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	883	42,2
Dificultades permanentes para oír aun con aparatos especiales	308	14,7
Dificultades permanentes para distinguir sabores u olores	111	5,3
Dificultades permanentes para hablar y comunicarse	531	25,4
Dificultades permanentes para desplazarse en trecho cortos por problemas respiratorios o del corazón	564	26,9
Dificultades permanentes para masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	415	19,8
Dificultades permanentes para retener u expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	239	11,4
Dificultades permanentes para caminar, correr, saltar	713	34,1
Dificultades permanentes para mantener piel, uñas y cabellos sanos	129	6,2

Dificultades permanentes para relacionarse con las demás personas y el entorno	302	14,4
Dificultades permanentes para llevar, mover, utilizar objetos con las manos	371	17,7
Dificultades permanentes para cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	347	16,6
Dificultades permanentes para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	358	17,1
Otras	48	2,3
<b>RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN</b>		
Con la familia y amigos	450	21,5
Con la comunidad	1012	48,4
Religiosas o espirituales	550	26,3
Productivas	1495	71,4
Deportivas o de recreación	1228	58,7
Culturales	1334	63,7
Educación no formal	1699	81,2
Ciudadanas	1474	70,4
Otras	1734	82,8
Ninguna	144	6,9

**\*Esta tabla corresponde a número de respuestas por determinante.**

Fuente: Los Autores

En la tabla 4, se observa cómo, el tipo de alteración con mayor porcentaje es la alteración permanente en el sistema nervioso con un 47.1%, las alteraciones en los ojos con un 46,3% y con un 39,1% se encontró alteración permanente en el movimiento, cuerpo, manos, brazos y piernas, la piel con un 4,2%.

La limitación en la actividad de mayor frecuencia es la limitación para pensar y memorizar con un 46,0%. La limitación permanente para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas con un 42,2%, también se encontró que las limitaciones permanentes para caminar, correr, saltar se presentan en un 34,1% y para desplazarse en trecho cortos por problemas respiratorios o del corazón en un porcentaje de 26.9%.

Por último, en relación con la restricción en la participación de actividades de educación no formal un 81.2% no participa, no participación en otras actividades con un 82.8%, en actividades productivas un 71,4 % no participa y en actividades ciudadanas un 70,4%

**Tabla 5. Distribución de determinantes sociales de la salud estructurales. Barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía**

DETERMINANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>BARRERAS</b>		
Barreras en el dormitorio	128	6,1
Barreras en sala comedor	108	5,2
Barreras en baño – sanitario	178	8,5
Barreras en escaleras	899	43,0
Barreras en pasillos – patios	275	13,1
Barreras en andenes, aceras	626	29,9
Barreras en calles, vías	832	39,8
Barreras en parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	465	22,2
Barreras en paraderos, terminales de transporte	579	27,7
Barreras en vehículos de transporte publico	724	34,6
Barreras en centros educativos	387	18,5
Barreras en lugares de trabajo	278	13,3
Barreras en centros de salud, hospitales	359	17,2
Barreras en centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	520	24,8
Barreras en otros lugares	144	6,9
Ninguna	661	31,6
*Esta tabla corresponde a número de respuesta por determinantes		
<b>ACTITUD NEGATIVA</b>		
Actitudes negativas de familiares	131	6,3
Actitudes negativas de amigos , compañeros	194	9,3
Actitudes negativas de vecinos	149	7,1
Actitudes negativas de funcionarios, empleados	105	5,0
Otras personas	308	14,7
Nadie tiene actitud negativa	1471	70,3
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100</b>

Fuente: Los Autores

Según la tabla No. 5, los lugares de la vivienda o entorno físico donde se encontró barreras que le impiden desarrollar las actividades diarias con mayor autonomía a las personas registradas en la ciudad de Tunja fueron las escaleras con un porcentaje de 43% calles y vías en un 39.8% y en vehículos de transporte público 34.6%; un 31.6% libre de barreras. En los centros comerciales, tiendas, plazas de mercado se encontró en un 24.8% y la barrera de menor porcentaje se encontró la sala- comedor del hogar con un 5.2%

El 70% de los registros mostró que nadie tiene actitud negativa por su discapacidad, el 14.7% se encuentra con otras personas que tienen actitud negativa, la actitud negativa es de amigos y compañeros en un 9.3%, además consideran que la actitud negativa es de la familia en un 6.3%. (Tabla 5).

**Tabla 6. Distribución de determinantes sociales de la salud. Origen de la discapacidad**

DETERMINANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>CONOCE LAS CAUSAS O COMIENZO DE LA DISCAPACIDAD</b>		
Si	1134	54,2
No	959	45,8
No hay respuesta (no aplica...)	0	0
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>CONSECUENCIA DE</b>		
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	88	4,2
Complicaciones en el parto	72	3,4
Enfermedad general	445	21,3
Alteración genética, hereditaria	252	12,0
Lesión autoinflingida	3	,1
Enfermedad profesional	19	,9
Consumo de psicoactivos	6	,3
Desastre natural	0	0
Accidente	178	8,5
Víctima de violencia	23	1,1
Conflicto armado	1	,0
Dificultades en la prestación de servicios de salud	27	1,3
Otra causa	20	1,0
Sin dato	959	45,8
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100</b>

Fuente: Los autores

Con relación a lo observado en la tabla 6, un 45,8% no conocen el origen de la discapacidad. El origen de la discapacidad es atribuido a la enfermedad general en un 21.3%, y un 12% es debido a las alteraciones genéticas y hereditarias, los accidentes señalados como el origen de la discapacidad se presentan en un 8.5%.

## 6.1.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS

**Tabla 7. Distribución de los Determinantes Sociales de la Salud estructurales. Afiliación al SGSSS.**

DETERMINANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>TIPO DE AFILIACIÓN AL SGSSS</b>		
Contributivo	484	23,1
Subsidiado	1273	60,8
Régimen especial	98	4,7
Vinculado	92	4,4
Ninguno	127	6,1
No sabe	15	,7
Sin respuesta	4	,2
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Los autores

El tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud que las personas del registro tienen en el municipio de Tunja con mayor frecuencia es el subsidiado presentado en un 60.8% de las personas es decir, 1273 personas; un 23.1% pertenecen al contributivo y el 6.1% es decir 127 personas con discapacidad no tienen seguridad social en salud. (Tabla 7).

**Tabla 8. Distribución de los determinantes sociales de la salud intermedios. Condiciones materiales de trabajo.**

DETERMINANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SITUACIÓN LABORAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES</b>		
Trabajando	303	14,5
Buscando trabajo	59	2,8
Incapacitado permanente para trabajar – sin pensión	444	21,2
Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	52	2,5
Estudiando	298	14,2
Realizando oficios del hogar	351	16,8
Recibiendo renta	6	,3
Pensionado, jubilado	43	2,1
Realizando actividades de consumo	55	2,6
Otra actividad	55	2,6
Sin respuesta	427	20,4
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>CONTRATO DE TRABAJO</b>		
A término fijo	39	1,9

A término indefinido	41	2,0
Sin contrato	206	9,8
No hay respuesta (No aplica)....	1807	86,3
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA ACTUAL</b>		
Industria	25	1,2
Comercio	78	3,7
Agrícola	33	1,6
Pecuaria	1	,0
Servicios	116	5,5
Otra actividad	34	1,6
No hay respuesta No aplica.....	1806	86,3
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>EN EL TRABAJO SE DESEMPEÑA COMO</b>		
obrero – empleado del gobierno	42	2,0
obrero- empleado particular	112	5,4
jornalero o peón	24	1,1
patrón o empleador	6	,3
trabajador por cuenta propia	75	3,6
empleado (a) domestico (a)	24	1,1
trabajador familiar sin remuneración	5	,2
No hay respuesta No aplica.....	1805	86,2
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>SU CAPACIDAD PARA EL TRABAJO SE HA VISTO AFECTADA COMO CONSECUENCIA DE SU DISCAPACIDAD</b>		
Si	1547	73,9
No	120	5,7
No hay respuesta	426	20,4
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>INGRESO MENSUAL PROMEDIO</b>		
No devengan salario	1651	79,0
Menos de \$ 426.000	367	17,5
De \$426.001 A \$852.000	53	2,3
De \$852.001 A \$1.278.000	6	,3
De \$1.278.001 A \$1.704.000	5	,3
No hay respuesta	11	,6
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Los autores

La tabla 8 evidencia el determinante condiciones materiales del trabajo, un 14.5% de las personas con discapacidad se encuentran con trabajo en los últimos 6 meses, realizan labores de hogar un 16,8% y se auto referencia como incapacitado permanente para trabajar sin pensión un 21,2%, no respondieron esta pregunta el 20,4%.

No tienen contrato de trabajo un 9,8% de las personas con discapacidad registradas mientras que el 86,3% no respondieron o no aplica la pregunta.

El determinante actividad económica, señala que el 5.5% desempeña la actividad de servicios, comercio un 3,7%, actividades agrícolas un 1,6% y el 86,2% no respondieron la pregunta o no aplica la pregunta.

Según el determinante capacidad para el trabajo, se ha visto afectada como consecuencia de la discapacidad en un 73,9% de las personas con discapacidad de la ciudad de Tunja mientras que no se ha visto afectada en un 5,7%, no responden el 20,4% de las personas.

Se evidencia que el determinante ingreso promedio mensual, el 17,5% de las personas con discapacidad registradas en la ciudad de Tunja, evidenciando que ganan menos de \$ 426.000 y el 79% no devengan salario

**Tabla 9. Distribución de los determinantes sociales de la salud intermedios .  
Tipo de vivienda y su condición.**

DETERMINANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>TIPO DE VIVIENDA</b>		
Casa	1475	70,5
Apartamento	168	8,0
Cuarto	206	9,8
Institución pública	60	2,9
Institución privada	150	7,2
Calle	2	,1
Otro tipo de vivienda	6	,3
No hay respuesta	26	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>CONDICIÓN DE LA VIVIENDA</b>		
Arriendo o subarriendo	656	31,3
Vivienda propia y la está pagando	140	6,7
Vivienda propia totalmente pagada	629	30,1
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	365	17,4
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	50	2,4
Otra	12	,6

No hay respuesta	241	11,5
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Los autores

Se aprecia en la tabla 9 que con relación al determinante tipo de vivienda y su condición, el 70,5% de las personas con discapacidad viven en casas, el 9,8% manifiestan que viven en un cuarto, el 8% viven en apartamento, el 7,2% habitan en las instituciones privadas de la ciudad mientras que 2 personas con discapacidad viven en la calle equivalen al 0,1%.

Un 30,1% de las personas tienen vivienda propia totalmente pagada, la están pagando un 6,7%, en arriendo y subarriendo un 31,3% y vivienda de un familiar sin pagar arriendo 17,4%.

**Tabla 10. Distribución de los determinantes sociales de la salud intermedios. Servicios de rehabilitación.**

DETERMIANANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>TIPO DE REHABILITACIÓN</b>		
Rehabilitación ordenada con Medicina física y rehabilitación	397	19,0
Rehabilitación ordenada con Psiquiatría	226	10,8
Rehabilitación ordenada con Fisioterapia	399	19,1
Rehabilitación ordenada con Fonoaudiología	236	11,3
Rehabilitación ordenada con Terapia ocupacional	481	23,0
Rehabilitación ordenada con Optometría	545	26,0
Rehabilitación ordenada con Psicología	314	15,0
Rehabilitación ordenada con Trabajo social	176	8,4
Rehabilitación con medicamentos permanentes	808	38,6
Otro tipo de rehabilitación	136	6,5
Ningún tipo de rehabilitación	318	15,2
<b>ASISTE AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN</b>		
Si	749	35,8
No	1026	49,0
Sin respuesta	318	15,2
<b>TOTAL</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Los autores

Se indica en la tabla 10, que un 15,2% de las personas con discapacidad no reciben ningún tipo de rehabilitación, un 38,6% reciben medicación permanente como tipo de rehabilitación, es ordenada la fisioterapia y la medicina física y

rehabilitación en un 38,1% para las personas registradas mientras que para el 26% es ordena la optometría, el 23% ordena la terapia ocupacional; además, no asisten al servicio de rehabilitación un 49% de las personas y el 35,8% si asiste; el 15,2% no respondieron.

**Tabla 11. Distribución de los determinantes sociales de la salud intermedios. Servicios de rehabilitación.**

DETERMINANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>RECUPERACIÓN DE LA DISCAPACIDAD</b>		
Si	462	22,1
No	1629	<b>77,8</b>
No hay respuesta	2	,1
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>FACTORES DE RECUPERACIÓN</b>		
Por los servicios de salud y servicios recibidos	133	6,4
Apoyo familiar	84	4,0
Empeño por salir adelante	35	1,7
A Dios	186	8,9
Medicina alternativa	1	,0
Otro	1	,0
No hay respuesta	1653	,79
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>22,1</b>
<b>QUIEN PAGA LA REHABILITACIÓN</b>		
El Sistema General de Salud	502	24,0
Familia	90	4,3
Personalmente	23	1,1
ONG	26	1,2
Empleador	3	,1
Otro	104	5,0
Sin respuesta	1345	64,2
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE REHABILITACIÓN</b>		
Público	440	21,0
Privado	303	14,5
No sabe	6	,3
No hay respuesta	1344	64,2
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>PORQUE NO RECIBE REHABILITACIÓN</b>		
Ya termino la rehabilitación	143	6,8
Cree que ya no lo necesita	61	2,9
No le gusta	37	1,8
Falta de dinero	701	33,5
Lejanía del centro de atención	63	3,0

No hay quien lo lleve	46	2,2
No sabe	252	12,0
Sin dato	790	37,8
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>
<b>AÑOS SIN RECIBIR REHABILITACIÓN</b>		
De 0 a 4 años	536	25,6
De 5 a 9 años	258	12,3
De 10 a 14 años	149	7,1
De 15 a 19 años	59	2,8
De 20 a 24 años	73	3,5
De 25 a 29 años	36	1,7
De 30 a 34 años	32	1,5
De 35 a 39 años	12	,6
De 40 a 44 años	15	,7
De 45 a 49 años	6	,3
De 50 a 54 años	4	,2
De 55 a 59 años	2	,1
De 60 a 64 años	3	,1
De 70 a 74 años	1	,0
De 75 a 79 años	1	,0
No hay respuesta	906	43,3
<b>Total</b>	<b>2093</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Los autores

Se observa en la tabla 11 que, un 77,8% de las personas no se recuperaron de la discapacidad mientras que un 22,1% si lo hicieron; los factores de la recuperación fueron atribuidos a Dios en un 8,9%, a los servicios de salud en un 6,4% al apoyo familiar en un 4% mientras que un 0,79% no respondieron.

El costo de la rehabilitación es asumido por el sistema general de salud en un 24,0% de las personas con discapacidad, el 4,3% por la familia y no responden la pregunta un 64,2%; el tipo de establecimiento donde recibe la rehabilitación es público en un 21% de las personas mientras que es privado en un 14,5% y no responden el 64,3%.

Las razones por las cuales las personas con discapacidad no reciben rehabilitación son por falta de dinero un 33,5%, por haber terminado el tratamiento de rehabilitación en un 6,8 y no sabe 12%. El 25,6% de las personas registradas no recibieron rehabilitación los primeros 4 años, de 5 a 9 años el 12,3%, de 10 a 14 años el 7,1 % mientras que el 43,3% de las personas no respondieron.

## 6.2 ANALISIS BIVARIADO

Para el análisis bivariado se encontró que los determinantes estructurales entre los cuales se encuentra (género, edad, nivel educativo, raza, área, estratificación socio-económica, barreras en vivienda o entorno físico y barreras actitudinales) y los determinantes intermedios entre los cuales se encuentra (afiliación al sistema general de seguridad social en salud, trabajo, actividad económica actual, tipo de vivienda, condición de tenencia de la vivienda, recuperación de la discapacidad, factores de recuperación de la discapacidad, tipos de rehabilitación ordenada, asistencia actual a rehabilitación y tipo de establecimiento de rehabilitación) se consideran como constantes de la población con deficiencia y limitación de la ciudad de Tunja, por lo cual no se analizarán en este caso.

Por lo anterior, el análisis bivariado dará razón de las asociaciones entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios con la restricción en la participación de los participantes de la ciudad de Tunja.

**Tabla 12. Comparativos entre los determinantes sociales de la salud estructurales y restricción en la participación**

DETERMINANTES	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN			
	Frecuencias y porcentajes	X <sup>2</sup>	Valor P	Coeficiente
<b>EDAD</b>				
Infancia (0-14)	318 (61.6%)	638.787	0.000	Coeficiente de contingencia 0.485
Juventud (5-26)	25 (8.4%)			
Adulto Joven (27-40)	27 (9.1%)			
Adulthood Madura (41-65)	45 (7.8%)			
Vejez (66 o más)	38 (9.6%)			
<b>GÉNERO</b>				
Masculino	246 (25.3%)	12.774	0.000	Phi= -0.078

Femenino	207 (18.8%)			
<b>ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS APROBADO</b>				
Ninguno	153 (27.2%)	114.440	0.000	Coeficiente de Contingencia 0.232
Primaria	231 (24.9%)			
Bachillerato	19 (4.7%)			
Superior	3 (2.5%)			
No hay respuesta	77 (3.7%)			
<b>RAZA</b>				
Negro afrodescendiente	1 (25.0%)	8.391	0.078	
Indígena	6 (40.0%)			
Mestizo u otro diferente	435 (21.4%)			
Otro	0 (.0%)			
No responde	11 (39.3%)			
<b>AREA</b>				
Cabecera	366 (21.0%)	4.332	0.037	Coeficiente de Contingencia 0.046
Centro poblado	0 (0%)			
Rural disperso	87 (26.1%)			
<b>ESTRATO SOCIO-ECONOMICO</b>				
Bajo	347 (22.0%)	8.365	0.039	Coeficiente de Contingencia 0,063
Medio	95 (23.7%)			
Alto	0 (0%)			
Sin dato	11 (11.1%)			
<b>BARRERAS EN VIVIENDA O ENTORNO FISICO</b>				
Si	270 (20.1%)	6,127	0,013	Phi: -,055
No	164 (25.0%)			
<b>BARRERAS ACTITUDINALES</b>				
Si	129 (22.0%)	0,31	0,860	
No	316 (21.7%)			
<b>SABE CUAL ES EL ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD</b>				
SI	236 (20.9%)	1,093	0,296	
No	217 (22.8%)			
<b>ACTUALMENTE PARTICIPA EN ALGUNA ORGANIZACIÓN</b>				
Si	2 (1.7%)	31,086	0,000	Phi: -0,123
No	451 (23.3%)			

Fuente: Los Autores

Al comparar los determinantes sociales de la salud estructurales y la restricción en la participación (tabla 12), se encontró que existe asociación entre la edad y la restricción en la participación ( $X^2= 638,78$   $p=0,000$ ), el grado de dependencia entre este determinante y la restricción es medio, se confirma mediante el coeficiente de contingencia (valor 0,485)

Igualmente se encontró que existe asociación con poco grado de dependencia entre el género y la restricción en la participación ( $X^2=12.774$   $p=0,000$ ; y coeficiente de phi – 0,078)

También para el nivel educativo y la restricción en la participación se encontró asociación ( $X^2=114,440$   $p=0,000$ , el grado de dependencia de estos es poco y se comprueba por medio del coeficiente de contingencia cuyo valor es de 0,232).

Existe asociación entre el área de residencia y la restricción en la participación ( $X^2=4,332$   $p=0,037$  y poco grado de dependencia entre estas confirmada con el coeficiente de contingencia 0,046). Se halló asociación entre el estrato socio-económico y la restricción en la participación, ( $X^2= 8,365$   $p=0,039$ ; esta dependencia es poca y se confirma con el coeficiente de contingencia cuyo valor es 0,063).

Se encontró asociación entre las barreras arquitectónicas y la restricción en la participación ( $p=0,013$  y  $X^2=6,127$ ; el poco grado de dependencia entre estas se pudo confirmar a través del coeficiente phi cuyo valor es (0,055).

De forma similar se halló asociación entre la participación en organización y la restricción en la participación, ( $X^2=31,086$   $p=0,000$  y; el grado de dependencia entre estos determinantes es poco y se confirma a través del coeficiente phi: cuyo valor es de (-0,123).

No se encontró asociación entre las barreras actitudinales y la restricción en la participación ( $p=0,860$  y  $X^2= 0,31$ ), la raza y la restricción en la participación ( $X^2=0,391$   $p=0,078$ ) y el origen de la discapacidad y la restricción en la participación, ( $X^2=1,093$   $p=0,296$ ).

**Tabla 13. Comparativos entre los determinantes sociales de la salud intermedios y restricción en la participación.**

<b>RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN</b>				
<b>DETERMINANTES</b>	<b>Frecuencia y Porcentaje</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Valor P</b>	<b>Coeficiente</b>
<b>AFILIACIÓN A SSSG</b>				
Sin afiliación	56 (26.3%)	4.012	0.135	
Afiliado	392 (21.2%)			
No sabe/no responde	5 (33.3%)			
<b>ACTIVIDAD QUE SE ENCUENTRA DESARROLLANDO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES</b>				
Trabajando	31 (4.8%)	956.685	0.000	Coeficiente de Contingencia 0.562
Estudiando	5 (1.7%)			
Incapacitado	75 (16.9%)			
Otros	30 (30.5%)			
No sabe/no responde	312 (78.4%)			
<b>TRABAJO REALIZADO</b>				
Obrero	8 (4.0%)	70.510	0.000	Contingencia 0.181
Patrón	0 (.0%)			
Incapacitado	0 (.0%)			
Sin trabajo	445 (24.8%)			
<b>CAPACIDAD PARA TRABAJO AFECTADA POR DISCAPACIDAD</b>				
Si	132 (8.6%)	851.473	0.000	Phi: 0 .640
No	315 (73.8%)			
<b>INGRESO MENSUAL PROMEDIO</b>				
sin salario	110 (8.2%)	1301.422	0.000	contingencia 0.621
Menos de un salario mínimo hasta tres salarios mínimo	33 (7.8%)			
Más de tres salarios mínimos	1 (10.0%)			
<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA ACTUAL</b>				
Industria	0 (.0%)	147.090	0.000	contingencia 0.257
Comercio	7 (5.2%)			
Agrícola	2 (6.1%)			
Pecuaria	0 (.0%)			
Servicios	19 (7.1%)			
Otra	37 (11.7%)			
Edad no laboral	381 (30.7%)			
<b>TIPO DE VIVIENDA</b>				
Casa	424 (23.1%)	19.062	0.000	Contingencia 0.095
Institución	22 (10.5%)			
Otro tipo de vivienda	3 (37.5%)			
<b>CONDICIÓN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA</b>				
Propia	225 (20.0%)	31.076	0.000	Contingencia 0.121
Arriendo	180 (27.6%)			

Otro	19 (30.6%)			
No sabe/no responde	29 (12.1%)			
<b>RECUPERACIÓN DE LA DISCAPACIDAD</b>				
Si	127 (27.7%)	12.025	0,001	phi: -0.076
No	326 (20.1%)			
<b>FACTORES DE RECUPERACIÓN</b>				
Los servicios de salud y medicina alternativa	56 (42.4%)	35.397	0,000	Contingencia 0.129
Apoyo familiar, empeño por salir adelante, a Dios	63 (20.8%)			
Otro	0 (.0%)			
En recuperación o sin rehabilitación	334 (20.4%)			
<b>TIPO DE REHABILITACIÓN ORDENADA</b>				
Terapias	18 (13.6%)	5.579	0,018	
Medicamentos	138 (17.2%)	16.960	0,000	Phi -0.091
Otro tipo de Rh	30 (22.2%)	0.011	0,915	
<b>ASISTE ACTUALMENTE A REHABILITACION</b>				
Si	191 (25.8%)	10.624	0,001	Phi: -.072
No	262 (19.6%)			
<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE REHABILITACION</b>				
Publico	112 (25.7%)	10.827	0,013	Coeficiente de contingencia .072
Privado	77 (25.8%)			
No sabe	2 (33.3%)			
No asiste a rehabilitación	262 (19.6%)			

Fuente: Los Autores

Al comparar los determinantes sociales de la salud intermedios con la restricción en la participación de acuerdo con lo descrito en la tabla 13, no se encontró asociación entre la afiliación al sistema de seguridad social en salud y la restricción en la participación ( $X^2= 4,012$   $p= 0,135$ ). Contrario a esto, existe asociación de la capacidad para el trabajo afectada por la discapacidad y la restricción en la participación social ( $X^2=851.473$   $p=0.000$ ; el grado de dependencia entre estos determinantes es alto, se confirma a través del coeficiente de phi 0,640); existe asociación entre el ingreso mensual promedio de las personas con discapacidad de la ciudad de Tunja y la restricción en la participación ( $X^2= 1.301.422$   $p=0.000$ ; el grado de dependencia entre ellas es alto y fue comprobada a través del coeficiente de contingencia cuyo valor es de 0.621);

existe asociación entre el determinante actividades realizadas en los últimos 6 meses y la restricción en la participación, ( $X^2=956.65$   $p=0,000$ ; el grado de dependencia entre estos es medio, se confirma a través del coeficiente phi: -0,0562); De igual forma existe asociación entre la actividad económica actual de las personas con discapacidad y la restricción en la participación ( $X^2=147.090$   $p=0.000$ ; esta dependencia entre estos determinantes es media, se comprobó a través del coeficiente de contingencia cuyo valor es 0.257).

Para el caso de la relación entre tener medicamentos y la restricción en la participación se encontró que existe asociación ( $X^2$  5,579  $p=,018$  el grado de dependencia es poco y se confirma con el coeficiente phi cuyo valor es -0.091). Se encontró asociación entre el trabajo realizado y la restricción en la participación ( $X^2=70,510$   $p=0,000$ ; el grado de dependencia es poco y se confirma con el coeficiente de contingencia 0,181).

Para el caso de vivir en casa o estar institucionalizado y la restricción en la participación se encontró que existe asociación ( $X^2=$  19.062  $p=0,000$ ; el grado de dependencia de estos determinantes es poco y fue confirmado por el coeficiente de contingencia de 0,095). Hay asociación entre vivir en casa propia o en arriendo y la restricción en la participación ( $X^2=31.076$   $p=$  0.000; el grado de dependencia de este determinante con la restricción en la participación es poco y fue confirmado con el coeficiente de contingencia de 0,121).

Existe asociación entre la recuperación de la discapacidad y la restricción en la participación ( $X^2=12.025$   $p=0,001$ ; el grado de dependencia es poco y se confirma según el coeficiente phi: cuyo valor es 0,076). También, existe asociación entre el

tipo de rehabilitación ordenada servicios de salud y medicina alternativa  $X^2=35.397$   $p= 0,000$ ; el grado de dependencia entre ellos es poca y se corrobora con el coeficiente de contingencia 0,129)

De igual forma, se encontró asociación entre los factores de recuperación atribuidos a los servicios de salud, atribuidos al apoyo familiar y el empeño por salir adelante y atribuidos a Dios, y la restricción en la participación ( $X^2= 35397$   $p=0,000$ ; el grado de dependencia de estos es poco y se corrobora con el coeficiente de contingencia de 0,129). Al comparar el determinante asistir actualmente a rehabilitación y la restricción en la participación se encontró que hay asociación ( $X^2= 10.624$   $p=0.001$ ; el grado de dependencia es poco y fue confirmado con el coeficiente de phi cuyo valor es de 0,072).

Finalmente, para el caso de comparar el sitio en donde recibe la rehabilitación establecimiento público o privado y la restricción en la participación se encontró que existe asociación ( $X^2=10.827$   $p=0,013$  y); el grado de dependencia de estos determinantes es poco y fue confirmado con el coeficiente de contingencia de 0,072).

## 7 DISCUSION.

En la ciudad de Tunja, según este estudio, los Determinantes Sociales de la salud estructurales con referencia a 2093 registros actualizados a septiembre de 2010, dieron como resultado que: las mujeres presentan discapacidad en una mayor proporción que los hombres, estos datos son similares a la publicación de la Fundación Saldarriaga Concha en el comparativo nacional [26], los datos referenciados por la alta Consejería para la equidad de la Mujer (ACPEM) y su observatorio de asuntos de género (OAG), menciona que la mujer con discapacidad debe enfrentar desde una mayor complejidad su condición y situación. Además, debe enfrentar al mundo masculino con menos armas, con menos herramientas, cuando la hostilidad exige estar plenamente equipados y sobre todo competir bajo mínimos de equidad, equilibrio y dignidad en todos los aspectos de la vida [75]. Los datos del presente estudio resultan iguales a los del Censo DANE del año 2005 en donde la misma entidad registra 857.132 personas con discapacidad, de ellas 451.521, es decir el 53% son mujeres, siendo las mujeres objetivo de triple vulneración, mujer, discapacidad y desplazamiento [76].

Según los resultados del Informe Mundial sobre discapacidad del año 2011, esta condición afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables, es más elevada en los países de ingreso bajo que en los de ingreso alto, están desempleados o no poseen estudios suficientes, datos que son comparables con los determinantes sociales identificados en la ciudad de Tunja; los datos de algunos países muestran que los niños de las familias más pobres y de grupos étnicos minoritarios están considerablemente más expuestos al riesgo de discapacidad que otros niños [77].

De otra manera la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en su preámbulo señala que los estados partes, reconocen que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación. En los principios de la convención incluyen la igualdad entre el hombre y la mujer y exige la creación de una legislación que proteja sus derechos poniendo en evidencia la prioridad de proteger a la mujer al presentar discapacidad [10].

Al revisar el contexto colombiano, Tovar L en el año 2005, manifiesta que en cuanto al género, los hombres presentan una mayor probabilidad de tener un buen o muy buen estado de salud, en comparación con las mujeres, lo cual demuestra que existen inequidades de género, y que se debe trabajar para mejorar las condiciones sociales de las mujeres [78].

No obstante la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL) [79], menciona que en la gran mayoría de los países, los hombres superan en número a las mujeres desde su nacimiento hasta los 40 años, situación que cambia en el siguiente ciclo de vida. Al llegar al grupo de 60 años y más, el número de mujeres sobrepasa al de los hombres en todos los países del Caribe y en 11 de los 17 países de América Latina de los que se tiene datos. Este cambio de patrón, se podría explicar por el hecho de que la mayor esperanza de vida de las mujeres aumenta la posibilidad de tener una discapacidad generada por un accidente o una enfermedad crónica [79].

El ser hombre o mujer con discapacidad con base en las características, los roles, las oportunidades que el grupo social asigna a cada uno de ellos o ellas influyen en el logro de sus metas y repercuten en el proceso de desarrollo en la sociedad. El 53% de los registros en la ciudad de Tunja señalan que la discapacidad se

presenta con mayor frecuencia en la mujer; estos resultados se comparan con el estudio realizado por las Naciones Unidas [80], en 2005, sobre género en donde la mujer con discapacidad se enfrenta a dificultades mucho más graves tanto en la esfera pública como en la privada, por ejemplo, a obstáculos, al acceso de una vivienda adecuada así como los servicios de salud, educación, formación profesional y empleo; también sufren desigualdades en la contratación, en las tasas de ascenso, la remuneración por igual trabajo, el acceso a actividades de capacitación, a crédito y otros recursos productivos y rara vez participan en los procesos de toma de decisiones económicas. Estas dos perspectivas de género y discapacidad conllevan a presentar una doble vulnerabilidad.

En Tunja, el rango de edad de mayor porcentaje se presenta en el grupo etéreo de 5-19 años, seguido de personas mayores de 60 años comparado con los datos a nivel nacional y departamental el rango de edad de mayor porcentaje se presenta en las personas mayores de 60 años [22]. La prevalencia de la discapacidad en Colombia es preocupantemente alta, teniendo en cuenta que las estadísticas presentadas no reflejan el total de la población, se aprecia que es similar con el estudio de Chile mencionado anteriormente, que señala un porcentaje considerable en los mayores de 60 años [81]. Igualmente los datos del DANE para Colombia [22]. Indican que del total de las personas con discapacidad en el país, está en edad productiva contrario al resultado de Tunja que indica que el mayor porcentaje se encuentra en edad escolar no laboral.

El número de personas con discapacidad va en aumento, los grupos de edad más avanzada corren mayor riesgo de discapacidad, y las poblaciones nacionales están envejeciendo a un ritmo sin precedentes según lo mencionado por el último informe del Banco Mundial y la Organización Mundial de la salud [77]. Estas afirmaciones las realizaron considerando que la encuesta fue aplicada a mayores de 18 años de edad, contrario a la situación de la ciudad de Tunja en donde los

menores de 14 años son los de mayor porcentaje de discapacidad, seguido de las personas mayores de 60 años. Los datos de la Fundación Saldarriaga Concha para Colombia presentan que, a medida que aumenta la edad de las personas, se presenta una mayor prevalencia de la discapacidad, estos datos son producto del análisis estadístico realizado al RLCPD en el año 2009 que comprende toda la población que se registró sin discriminación por la edad [26].

Por tanto, el envejecimiento de las personas con discapacidad es un fenómeno nuevo, considerado por el Consejo de Europa como una “emergencia silenciosa” afirmando que la discapacidad afecta a un 9% de la población española. Hasta hace pocos años, la esperanza de vida de este sector de ciudadanos estaba muy por debajo de la media del resto de la población, pero los avances en el mundo de la tecnología y de la medicina han tenido como consecuencia el aumento de la esperanza de vida de estas personas que sin la intervención de los poderes públicos estarían abocadas a sufrir discriminación en razón de esta doble causa de vulnerabilidad [82].

El reconocimiento de los determinantes del envejecimiento activo como la cultura, el género, los sistemas sanitarios, servicios sociales y conductuales, factores personales, entorno físico, entorno social, determinantes económicos, muestra al envejecimiento activo con una diversidad de influencias o «determinantes» que rodean a las personas, las familias y las naciones y ayudan a comprender la evidencia empírica de que disponemos sobre ellos para el diseño de políticas y programas que funcionen [2, 83].

De igual importancia, el crecimiento vegetativo de la población mundial es de unos 90 millones cada año. La esperanza de vida al nacer ha mejorado desde mediados del siglo XX en casi todos los países del mundo: en los desarrollados ha pasado de 66,5 a 74,5 años de media y en los subdesarrollados de 40,9 a 62,2

años; ello fue en buena medida posible, por el bienestar y la calidad de vida (vivienda, alimentación, cuidados médicos, educación, estabilidad política, paz social, etc.) que se ha ido alcanzando en muchos lugares de la tierra (siendo la de los españoles, 76- 78 años, una de las tres más altas) [82].

En cuanto a las pirámides de población, en los países ricos hay tantas personas de más de 55 años como niños menores de 15 años, pero en este siglo los superarán. Hasta el año 2025 el número de mayores de 60 años aumentará hasta un 50 %, y alcanzado dicho año representarán en los países europeos ricos el 27 por ciento de la población. Las personas mayores de 65 años eran unos 15 millones en el año 1900, aproximadamente el 1 por ciento de la humanidad, y son ahora unos 355 millones, cerca del 6,3 por ciento de la población mundial, cifra que aumentó en cada uno de los últimos años en 9,5 a 9,7 millones [82]. Contrario a los datos demográficos que registra la ciudad de Tunja, la estructura poblacional, se encuentra caracterizada por una población joven, en la cual la participación de la población menor de edad ha venido disminuyendo, como resultado de la disminución de la natalidad y la emigración de hogares jóvenes. Se observa una disminución porcentual de la población en edades de 0 a 4 años en el censo 2005 [22], y en la proyección para el año 2011 en Tunja [30]. Estos datos presentan coherencia con los resultados del presente estudio al evidenciar una mayor proporción de personas con Discapacidad menores de 14 años para la ciudad de Tunja.

Con relación al determinante de la salud nivel educativo para las personas con discapacidad de la ciudad de Tunja, un porcentaje considerable no tienen ningún nivel de escolaridad, no ha terminado la secundaria y ha realizado primaria incompleta. De manera similar que el estudio de Chile, donde se encuentra que más de la mitad de la población con discapacidad no han completado la educación básica [81]. De las personas registradas mayores de 18 años en el informe

mundial de Discapacidad 2011, el 24% de las personas mayores de 5 años no sabe leer ni escribir. El 31.68% de las personas registradas no han recibido ningún tipo de educación. El 30.27% tiene primaria incompleta y el 16.06% tiene secundaria incompleta. Esto genera barreras para ingresar al mercado laboral. Las personas con deficiencias en las estructuras de voz y habla son quienes menos oportunidades tienen dentro del sistema educativo [77]. La mayor dificultad que puede tener una persona con discapacidad es el bajo nivel educativo [26]. Hay pocos docentes preparados para esta población y ello incide en la inclusión escolar.

Aunque las legislaciones evidencian una evolución en la terminología sobre discapacidad y aunque ellas muestran un apoyo al tema en los ámbitos nacional e internacional, todavía existen vacíos para incluir educativamente a esta población [83]. Según el Panel realizado en el año 2007 Formador de formadores en educación inclusiva: Un Camino hacia la Educación Superior Inclusiva, realizado en Bogotá el 13 y el 14 de agosto la Doctora Norelly Soto [85], evidencia que la educación en y para la diversidad requiere de desplazar la mirada a contemplar al sujeto como diverso, el lugar de la pedagogía también se desplaza teniendo como uno de sus ejes de reflexión la diversidad de los estudiantes. En este se plantea como conclusión de la problemática en educación de las personas con discapacidad que hay que disipar esos prejuicios y mirar la inclusión como una posibilidad, esta posibilidad permitirá que todos los estudiantes asistan a la escuela y desde allí serían sujetos de significado [85]. Postulados que reafirman la problemática frente al Determinante nivel educativo y discapacidad de la ciudad de Tunja.

En comparación con el estudio realizado por Cruz, I [64], en Bogotá, se encuentran similitudes como la falta de estudio en las personas con discapacidad o la no culminación de la primaria; la discapacidad se concentra en los grupos de

mayor edad y existe un grupo de niños y jóvenes que emerge desde esta condición para llamar la atención a toda una política municipal que le piense a los determinantes sociales en salud de la discapacidad como un camino de progreso y oportunidades centrado en las capacidades educativas, productivas para el sector económico actual mejorando sus condiciones de vida.

Para la ciudad de Tunja un alto porcentaje de personas se auto referencian como Mestizos. Sin embargo, existe datos de personas con discapacidad de diferentes etnias cerca del 3%, dato similar a lo referenciado nacionalmente, esto evidencia que se pertenece a un país multiétnico y diverso que tiene el derecho a saber y saber hacer lo mismo que sus iguales. Líderes de las poblaciones afrocolombianas e indígenas están de acuerdo en que todos los niños deben ser competentes; a la vez, defienden caminos propios para lograrlo, de tal forma que se respeten sus planes de vida, identidad y valores culturales; dos de los líderes exponen sus puntos de vista alrededor de la educación que han recibido y que merecen sus respectivos pueblos tal y como lo menciona el Ministerio de Educación Nacional [83]. Dentro del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad a nivel nacional se destaca que el 92% de ellas se reconocen de raza mestiza, predomina la residencia en zonas urbanas (74%) [75]. Estos datos son similares a los obtenidos en este estudio, cuyo valor recae en el reconocimiento de la multiculturalidad y la diversidad.

Los datos con relación al área también son semejantes al de la Consejería Presidencial para la equidad y la mujer [75], considerando que en Tunja el mayor porcentaje de las personas con discapacidad residen en el área urbana. Es diferente el dato del departamento puesto que la mayoría de personas con discapacidad residen en el área rural tal y como se evidencia en los datos de estadísticos del registro 2005 [26]. El entorno rural presenta para las personas con

discapacidad importantes dificultades sociales y personales. Un estudio promovido por el CERMI - Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad [85], pone de manifiesto el aislamiento y las graves deficiencias en los servicios, en la accesibilidad y una disminución de oportunidades. El aislamiento provoca invisibilidad de los sectores vulnerables. El desplazamiento del área rural al centro de salud más cercano es dispendioso y difícil, en muchas ocasiones deben pasar por trochas, hay largas horas de camino y no existe transporte adaptado, lo que impide poder acceder a los servicios de atención y rehabilitación. La desventaja de las personas con discapacidad en el medio rural es un cúmulo de pequeñas dificultades. Además, los modelos prestacionales no funcionan en este entorno porque están concebidos para ir a un lugar determinado a recibirlos. Por tanto, el tener que moverse de su sitio de origen para recibir atención integral, se vuelve un problema para toda la población que vive en zonas rurales y apartadas del casco urbano y sobre todo para las personas con discapacidad. Esto genera la dependencia de sus familiares, el no querer asistir a la atención en salud y mucho menos a rehabilitación donde se requiere de terapias consecutivas y esas situaciones son muy perjudiciales para el entorno, ya que todo gira alrededor de la persona con discapacidad y siempre hay que ajustar horarios y logísticas viéndose afectada la vida familiar y su economía entre otros [86].

En Tunja se encontró que el mayor porcentaje de las personas con discapacidad habitan en los estratos 1 y 2, al revisar los antecedentes se encontraron puntos de comparación para la discusión de este determinante; comparado estos datos con el estudio de Chile se evidencia semejanza considerando que viven en condiciones socioeconómicas bajas [81]; la pobreza eleva el riesgo de sufrir una discapacidad y la discapacidad eleva el riesgo de caer en la pobreza, tal y como lo menciona la OMS y el Banco Mundial [24,37,87]. Las personas con discapacidad conforman uno de los grupos más marginados del mundo; en relación con los resultados sanitarios, estas personas presentan las peores consecuencias. Los

resultados académicos obtenidos son los más bajos, participan menos en la economía y registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidades, se observan desfases entre las tasas de finalización de los estudios para todos los grupos de edad y en todos los contextos, con contrastes más pronunciados en los países más pobres [87].

En el paradigma del Desarrollo Humano, la perspectiva de la capacidad señala que la pobreza no es solo un problema material y en consecuencia hay otras privaciones que tienen que ver con carencias de valores ligados a la sociedad, carencia de instituciones políticas, ausencia de espacios democráticos y de participación, que podrían entrar a considerarse como elementos de pobreza que afectan a la persona [25]. La historia de la pobreza es totalmente falsa. No son los pobres quienes han sido dejados atrás, si no los que han sido robados. La riqueza acumulada por Europa y Norteamérica ha estado mayormente basada en la riqueza arrebatada a Asia, África y América Latina. Ha sido esta violenta apropiación de los recursos y mercados del Tercer Mundo lo que ha creado la riqueza en el Norte y la pobreza en el Sur [25]. Los resultados de Tunja también son semejantes a lo que estima la OPS/OMS [37]. en donde las condiciones sociales en que vive una persona influye en el estado de salud, en efecto circunstancias como la pobreza, constituyen un factor determinante de buena parte de las desigualdades tanto entre los distintos países como dentro de ellos mismos, en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

De acuerdo a los determinantes sociales de la salud intermedios encontrados en el estudio de la ciudad de Tunja; el régimen subsidiado de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas registradas tiene un alto porcentaje, al igual que los datos departamentales [28]. Existen un 6.1% de personas que no tiene seguridad social en salud, estas cifras denotan la

problemática de aseguramiento de las personas con discapacidad dejando visibilizado este fenómeno en todo el territorio boyacense [28]. Para esto, al revisar los antecedentes se señalan que en algunas agendas políticas [30], del departamento, se encuentra incluido el enfoque de salud pública e inmerso los de determinantes sociales bajo un modelo de inclusión, pero aún no se conocen las cifras de las personas con discapacidad y los determinantes sociales que las relacionan.

Las personas de la ciudad de Tunja, reciben medicamentos permanentes y ordenes de rehabilitación, pero aún existe un 15,2% de las personas sin recibir ningún tipo de rehabilitación datos similares al orden nacional y departamental [26]. El tipo de establecimiento en donde reciben este servicio es público para Tunja, equivalente con los resultados del primer estudio nacional de discapacidad en Chile del año 2005 [81], donde señalan 3 de cada 4 personas con discapacidad que han recibido servicios, lo han hecho en el sector público.

De acuerdo al informe presentado por la Fundación Saldarriaga Concha [26], dentro del sistema de seguridad social en salud en Colombia, la atención en salud debe ser integral para las personas con discapacidad y sus familias, dentro de los diferentes planes de beneficios y cumpliendo la normatividad en este tema que siempre se encuentra en actualización.

La norma comprende los planes de beneficios y la discapacidad incluidos en la resolución 412 del año 2000, el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y Contributivo, el Plan Nacional de Salud Pública PNSP 2007-2010 y el Sistema de Riesgos Profesionales Ley 1295 de 1994, Riesgos Catastróficos y de accidentes de Tránsito Decreto 3990 de 2007, por último los planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud; los cuales son financiados en su totalidad por el afiliado, con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias. Sin embargo, estos servicios en

la norma son acordes con el derecho a la salud y principio de atención integral según la Sentencia T-212/11 de la Corte Constitucional para Colombia [88]. La rehabilitación es uno de los componentes fundamentales de los servicios de salud, la rehabilitación, está muy lejos de la realidad de las personas con Discapacidad. Según denuncias públicas en el tema de Atención en salud y rehabilitación integral para personas con Discapacidad, un gran porcentaje de personas deben acudir a la tutela para recibir el servicio de rehabilitación; los tramites que exigen a las mismas pueden demorar hasta más de 35 días y los hospitales de tercer y cuarto nivel están incumpliendo con sus obligaciones en aras de las austeridad, según el informe de gestión del comité consultivo nacional de Discapacidad.

Por otra parte, se reconoce que el 6.1% de los registros de Tunja muestra que las personas no están afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud, al comparar estos datos con el informe de la OMS y el Banco Mundial [77], que señala a las personas con discapacidades que no suelen recibir la atención de salud que necesitan y la mitad de las personas con discapacidades no pueden pagar la atención de salud, frente a un tercio de las personas sin discapacidades. Las personas con discapacidades son dos veces más propensas a considerar insatisfactorios los servicios de salud que se les dispensan. Son cuatro veces más propensas a informar de que se las trata mal y casi tres veces más propensas a que se les niegue la atención de salud.

La rehabilitación ayuda a potenciar al máximo la capacidad de vivir normalmente y a reforzar la independencia. En muchos países, los servicios de rehabilitación son insuficientes. Datos procedentes de cuatro países del África meridional indican que sólo entre un 26 y un 55% de las personas que requerían servicios de rehabilitación médica los recibían, y sólo entre el 17 y el 37% de los que necesitaban dispositivos de ayuda (por ejemplo, sillas de ruedas, prótesis, audífonos) podían acceder a ellos [73].

Tovar L. [78], señala que la probabilidad de tener un mal estado de salud y el estar afiliado al régimen subsidiado aumenta la probabilidad de presentar un regular o mal estado de salud. Se realiza la reflexión para las personas con discapacidad de la ciudad de Tunja quienes pertenecen en un 60.8% al régimen subsidiado; los regímenes del sistema de salud pública funcionan en condiciones de calidad diferentes, con relación a Tovar L. [78], la población pobre es la más afectada (régimen subsidiado), en donde se pueden presentar dos situaciones: la primera, asociada a la calidad del servicio de salud que se presta, unida al modo en que opera el sistema de salud en Colombia; la segunda, puede relacionarse con el contexto socio-económico de las personas que pertenecen al régimen subsidiado, Tunja, tiene un alto porcentaje como se señala anteriormente. Podría decirse que, el problema de fondo es de Equidad según lo afirma Tovar L. [78], es necesario que se trabaje más en este aspecto; que el gobierno tome medidas más contundentes, para mejorar las condiciones de vida de las personas, en especial, de los grupos más pobres, que son los que están más expuestos y sobre los que las políticas podrían generar un mayor efecto [78]. Esto no es algo nuevo, por lo contrario, es un problema que ya había sido destacado en el informe del Banco Mundial [77], que planteaba, como mensaje fundamental, la necesidad de fomentar un entorno que le permita a las familias mejorar la salud.

En la ciudad de Tunja un 86,3% de las personas registradas con discapacidad no tienen trabajo y un 9.8% de los que trabajan lo hacen sin contrato, el 73.9% de las personas refieren que la discapacidad afecta la capacidad de trabajar, el 79% no tienen ingresos mensuales. Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas que las personas sin discapacidad según datos mundiales.

Según el informe mundial de la OMS/Banco mundial, la discapacidad afecta desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables. Los países de ingresos bajos tienen una mayor prevalencia de discapacidades que los países de ingresos altos [77]. En Tunja se encontró que el 17,5% de las personas con discapacidad ganan menos de \$426.000 y el 79% no devengan salario.

Las personas con discapacidades son vulnerables a la pobreza. Las personas con discapacidades viven en condiciones peores - por ejemplo, alimentación insuficiente, vivienda precaria, falta de acceso al agua potable y de saneamiento - que las personas sin discapacidad. Debido a los costos suplementarios que generan, entre otras cosas, la atención médica, los dispositivos de ayuda o la asistencia personal; las personas con discapacidades suelen ser más pobres que las no discapacitadas con ingresos similares [77].

Dentro de los Objetivos del Milenio planteados en el nuevo enfoque, está el de la erradicación de la pobreza extrema reduciendo la proporción de las personas que sufren hambre [89]. El 20% de la pobreza en el mundo estaría ligada con la discapacidad y es por ello que es preciso responder a las necesidades de los habitantes más pobres y de las poblaciones más marginadas y vulnerables del planeta; sin embargo los ODM no se cumplirán si sus políticas, programas, seguimiento y evaluación no incluyen a la población con discapacidad. De ahí que la comunidad internacional siendo consecuente con los postulados mundiales sobre el tema inicia la inclusión de la Discapacidad en los ODM.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL [79], señala que las personas con discapacidad están sobre representadas en la población en situación de pobreza y extrema pobreza. Las causas son varias y se articulan entre sí de manera compleja. Por una parte influye la misma pobreza y su vulnerabilidad exagera situaciones de discapacidad, primero por la falta de

atención y cuidado oportunos, y segundo la presencia de personas con discapacidad, en ausencia de servicios de cuidado llevando en muchos casos al menos a un miembro de la familia a dejar de trabajar, disminuyendo aún más los ingresos del núcleo familiar.

En el informe se constataba que la pobreza y la exclusión social dentro de este grupo vulnerable estaban relacionadas principalmente con factores tales como la ausencia de oportunidades de empleo adecuado y escasos recursos financieros, falta de apoyo y la protección en las familias y las comunidades, así como déficits en los sistemas de transporte y otros servicios, lo que evidencia la presencia de barreras. Pocas fuentes de información permiten obtener datos estadísticos sobre la situación de las personas con discapacidad y sus niveles de ingreso [79]. Comparando esta situación con los datos obtenidos en Tunja, se evidencia similitud porque, el trabajo, los ingresos mensuales, las condiciones de la vivienda tienen asociación con las restricciones en la participación social. Con relación a las barreras en las calles y las vías también se constituyen determinantes importantes para la restricción en la participación.

El programa de Discapacidad de la Organización Internacional para el Trabajo OIT calcula que en el mundo hay 386 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar, son personas que tienen el potencial necesario para incorporarse al mercado laboral y contribuir al desarrollo de sus países como empleados, trabajadores independientes o empresarios, y que desean hacerlo. A pesar de esto, muchas de las personas con discapacidad que pueden y desean trabajar están desempleadas [90]. Este programa promueve la igualdad de oportunidades y trato para las personas con discapacidad en readaptación profesional, capacitación y empleo. El trabajo decente, de calidad, es el modo más efectivo de romper el círculo vicioso de la marginalización, la pobreza y la exclusión social. Las personas con discapacidad se ven atrapadas en este círculo con frecuencia y es necesaria la acción positiva para ayudarlos a salir de esa situación. Las

barreras que enfrentan las personas con discapacidad al obtener un empleo o al asumir su papel en la sociedad pueden y deben ser superadas a través de políticas, reglamentos, programas y servicios [90].

La carga de las condiciones de salud de las personas con discapacidad de la ciudad de Tunja a partir del registro va acompañada del envejecimiento, analfabetismo, pobreza visible en los estratos más bajos. Las barreras actitudinales de la sociedad manifiesta en la vulneración de derechos fundamentales que excluyen a estas personas de tener un empleo, vivienda, educación, salud digna, condición que Amartya Sen [22,35], ratifica en los determinantes de la inequidad social en salud y el goce efectivo de derechos.

Por tanto, diferentes agencias y organismos, en los ámbitos nacional e internacional, han fijado sus criterios frente a la priorización de los asuntos que deben recibir especial atención en la protección de los grupos humanos necesitados de apoyo, buscando la equidad, el mejoramiento de la eficiencia, la necesidad de superar los enfoques sectoriales, la importancia de caracterizar los determinantes más que los resultados y la conveniencia de recurrir al consenso entre los involucrados como criterio para validar la priorización [91].

Al caracterizar los componentes de la discapacidad: alteración o deficiencia en funciones y estructuras corporales, limitación en la actividad y restricción en la participación e interacción de los mismos según la CIF en la ciudad de Tunja se encontró que: Los tipos de alteración con mayor porcentaje fueron en el sistema nervioso, los ojos y el movimiento. Estas cifras confirman que los profesionales que estudian, comprenden y manejan el movimiento corporal humano tienen una gran responsabilidad en la atención de la rehabilitación integral de las potencialidades de esta población. Según las estadísticas DANE 2005 [22], se

reporta que las alteraciones del movimiento, los ojos y el sistema nervioso a nivel colombiano son las de mayor porcentaje, igual que los resultados de este estudio [92]. La inclusión de los sistemas corporales en el instrumento del registro de las deficiencias evidencian la identificación precisa de la afectación biológica por lo tanto generará mejores intervenciones específicas en esta población. La limitación en la actividad que más se presenta es la dificultad para pensar y memorizar, ver y caminar, mantener la posición del cuerpo. Estos resultados concuerdan con los publicados por el DANE 2005 [22], evidenciando que este determinante es crucial para que la persona desarrolle sus actividades de la vida diaria en el medio. Al compararlo con el estudio de Cruz I [64], los resultados son diferentes, considerando que la limitación en la actividad más frecuente para la ciudad de Bogotá está relacionada con actividades como caminar, correr o saltar [64].

Por último, con relación al mayor porcentaje de la restricción en la participación de actividades, la educación no formal es un componente del cual no participan un 82% de la población, seguido de actividades ciudadanas, así mismo para el departamento de Boyacá resulta visible que el índice de exclusión en educación es medio al igual que el índice de exclusión de capital humano [64]. Por tanto, es importante reconocer que la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud o al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Con relación a los componentes de la discapacidad caracterizados en la ciudad de Tunja, la mayor alteración permanente por condición de salud se encuentra en el sistema nervioso seguido de los ojos y del movimiento corporal humano resultado similar al encontrado a nivel nacional y departamental que menciona que una persona puede presentar 2.4 alteraciones siendo la de mayor porcentaje el movimiento del cuerpo [22, 26]; en cuanto a la limitación en actividades diarias

para pensar, ver, caminar, mantener la posición del cuerpo y moverse son las más frecuentes resultado similar al referenciado en Colombia y Boyacá en donde existe 2.7 dificultades en promedio por persona [26]. De la misma manera al compararlos con los diferentes estudios que ha hecho Miralles R [92] sobre salud y discapacidad se realiza una reflexión acerca de cuatro palabras básicas: “la salud viene primero” y considera que sólo personas saludables, con el apoyo de un sector salud funcionando bien, pueden asegurar el desarrollo sostenible de sus sociedades. Una pérdida de salud no sólo es una pérdida para la persona sino también para la familia de la persona y para la sociedad en su conjunto. Mejorar la salud de un individuo, o de la población en su conjunto, no es meramente una cuestión de reducir las muertes prematuras debido a enfermedades o lesiones. La salud también se relaciona con el funcionamiento humano, es decir con la capacidad que tiene el individuo para vivir una vida plena como individuo y como miembro de una sociedad.

En Tunja, al establecer en este estudio las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y el componente de la discapacidad denominado restricción en la participación a partir del RLCPCD se obtuvo que: Se encontró asociación estadísticamente significativa con poco a medio grado de dependencia entre el género, la edad, el nivel educativo, el área de residencia, la estratificación socio-económica, las barreras arquitectónicas con la restricción en la participación; el trabajo y los ingresos tienen asociación estadísticamente significativa y dependencia alta con la restricción en la participación igual que la rehabilitación y la vivienda. A continuación se señalan algunas comparaciones y diferencias con los antecedentes encontrados.

Es necesario retomar a Miralles R [92], quien afirma que las mujeres viven en un contexto de mayor vulnerabilidad económica y altas expectativas de quedarse

solas, lo que potencia aún más el riesgo de que cualquier deficiencia de salud se transforme en discapacidad, debido a la falta de recursos que no les permitirá costear los servicios de apoyo y las ayudas técnicas que se necesitaría para aminorar el impacto de las limitaciones adquiridas con la edad. Si a esto se le suma la diferenciación étnica, la discriminación sería más notoria vulnerándose los derechos de las personas con discapacidad [83].

De igual manera, la información censal en siete países de América Latina [80]. (Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá y Uruguay), muestra que los hombres y las mujeres corren más riesgo de vivir con una discapacidad cuando habitan en una zona rural que cuando lo hacen en una zona urbana, especialmente después de los 60 años [59, 60 78, 81]. Situación diferente a los resultados de este estudio considerando que el mayor porcentaje de la población reside en el área urbana de la ciudad de Tunja.

Al comparar la asociación existente del determinante estrato socio-económico con la restricción en la participación con el estudio de la Universidad de Antioquia sobre el análisis de desigualdades y el Ministerio de Protección Nacional de Colombia [93], encontró que para la exploración de la asociación entre la discapacidad y la posición social se recurre a dos determinantes el estrato socioeconómico, como indicador asignable al hogar y los años de educación de la persona. La población pobre y no en miseria se incapacita más que la no pobre. Por cada persona que se incapacita entre los no pobres, se incapacitan 1,09 personas pobres y no en miseria, asociación estadísticamente significativa.

Una de las funciones esenciales de la Salud Pública para Colombia comprende el monitoreo y análisis de la situación de salud de la población, la evaluación actualizada y las tendencias de salud del país y de sus determinantes, con

especial énfasis en la identificación de desigualdades, en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios [94]. Es por esto que los resultados de este estudio llevan a establecer las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud intermedios y el componente de la discapacidad denominado restricción en la participación a partir del RLCPCD encontrando asociación estadísticamente significativa con un grado de dependencia alta los determinantes capacidad para el trabajo afectada por la discapacidad, los ingresos mensuales y la restricción en la participación, mientras que tienen asociación con una baja fuerza de dependencia entre el trabajo, la vivienda y los servicios de rehabilitación; logrando dar respuesta a uno de los objetivos de este estudio.

Al comparar estos datos con el estudio de la Universidad de Antioquia [93] y los resultados del Ministerio de Protección Social de Colombia mencionado anteriormente se encuentra que otro determinante característico es la residencia de las personas, para la ciudad de Tunja residen en mayor proporción en el área urbana diferente a lo relacionado para el departamento de Boyacá y Colombia con una mayor proporción en el área rural dispersa [93].

Por regiones de nuestro país, los residentes en la costa Atlántica se incapacitan en menor proporción que los de la región Central; por cada persona que se incapacita en la región Atlántica, se incapacitan 1,55 en la Central.

No existe asociación estadísticamente significativa de los determinantes sociales de la salud de tipo estructural como la raza, las barreras actitudinales y el origen de la discapacidad con la restricción en la participación, llama la atención la ausencia de actitudes negativas en Tunja resultado diferente al territorio departamental y nacional en donde las barreras conductuales se presentan al tener actitudes negativas de la familia [26].

Según el estudio de Cruz I [64], en donde se señala, que con respecto al origen de la discapacidad, un porcentaje alto si conoce la causa de la discapacidad y menciona la enfermedad general, alteraciones genéticas y hereditarias, accidentes y causas de la salud materna entre otras, mientras que para la ciudad de Tunja el 45% de las personas no conocen el origen de la discapacidad resultado de igual proporción al del departamento y mayor que el nacional [26].

Con relación a los determinantes de la salud de tipo intermedio como la afiliación al sistema de seguridad social en salud con la restricción en la participación no tienen asociación, sin embargo, el estudio de la Universidad Nacional de Colombia del año 2008 [86], afirma que nos encontramos en un sistema de salud inequitativo y en el año 2003, Colombia ocupó la posición 56 frente a 127 países del mundo en inequidad, demostrando que pese a la inversión en dinero, el sistema de salud del país no es estable en términos de equidad; menciona también que, el sistema de salud colombiano necesita una reforma, porque en principio es inequitativo, hay problemas evidentes como la existencia de un plan obligatorio de salud (POS) contributivo y uno subsidiado, que brindan acceso diferencial a servicios y medicamentos [86]; es decir, los que pueden aportar más, tienen derecho a más cosas que los que no tienen esa capacidad de aporte, lo que demuestra la inequidad en acceso a los servicios y la necesidad de reformar estos puntos. El investigador de este estudio además fue claro en señalar que el error ha sido enfocar la reforma a mejorar la afiliación al servicio, aunque ello no garantiza el acceso, pues éste no asegura que la calidad de atención sea buena y, a su vez, la calidad de atención no garantiza que los resultados finales sean buenos.

Por tanto, a lo que se debería apuntar cuando se evalúe la equidad en salud es que ésta sea mejor para los colombianos en cuanto a los resultados [86]. También

evidenció que la Ley 100 no ha dado los mejores resultado "Cuando nos comparamos internamente, en apariencia hemos mejorado, pero cuando nos comparamos con el resto del mundo, las distancias que nos separan de los mejores países siguen siendo amplias", señaló el investigador.

El desempleo en el total de la población activa es alto, mucho más alto se presenta el desempleo en las personas con discapacidad [95]. Además de esta situación, las personas con discapacidad que trabajan lo hacen por mucho menos dinero, sumado a esto, tienen pocas posibilidades de capacitación y promoción profesional [95]. Se evidencia también niveles bajos de formación-educación, no se garantiza la accesibilidad al transporte público, hay presencia de barreras arquitectónicas y actitudinales, una adjudicación insuficiente de recursos para los programas de discapacidad en las diferentes estancias gubernamentales, hace que las políticas públicas en discapacidad no se evidencien, no se logre la transformación del cambio de actitud, la equiparación de oportunidades y por tanto hay vulneración de sus derechos [96]. Todo esto, hace que el empleo de las personas con discapacidad sea una actividad marginal. No se toma a esta población como personas con "capacidades diversas" y se olvida que muchas de ellas están dispuestas y con deseos de trabajar, tienen su capacidad intelectual intacta, incluso con más posibilidades de servicio, entrega, sentido de pertenencia y más sensibles a la vida y al entorno.

Un estudio de revisión bibliográfica mexicano sobre las desigualdades en salud y política, evidencia que en 29 de los 71 artículos, estudian los determinantes sociales, en 12 artículos los factores de orden cultural y de conducta como el consumo de alcohol, tabaco y drogas, las costumbres nutricionales y la práctica de actividad física son mencionados. Entre los temas que más interesan a estos investigadores se destaca la obesidad, el consumo de tabaco, la contaminación atmosférica y las condiciones materiales de trabajo [94], determinantes que el

registro no tomo en cuenta. Es indudable que los enfoques dados a la investigación sobre determinantes sociales en salud requieren de un cambio, la investigación va enfocada a un conjunto de políticas integrales tendientes a mejorar las condiciones de vida disminuyendo el riesgo de exclusión y discapacidad. La exclusión permite analizar las diferencias, diversidades, el mayor o menor nivel o grado de fragilidad y de riesgo de las familias de personas con discapacidad tomándolo desde diferentes ámbitos, como el entorno, las características de las personas y sus hogares y condiciones sociales y de bienes, servicios y oportunidades en la sociedad. La salud y la educación deben tomarse como derechos primarios por el impacto directo al derecho a una vida digna [97].

El estudio actual de determinantes sociales y estructurales de la salud y la discapacidad fortalece las reflexiones realizadas por la Universidad Nacional de Colombia [16], al reconocer que la discapacidad es una condición derivada de determinantes personales y sociales priorizando el nivel socioeconómico y el nivel educativo, relación directa con la pobreza y la discapacidad [17], se presenta en población joven [22], en personas mayores [44] y de mayor proporción en mujeres [95], resultados similares a los de la ciudad de Tunja considerando que existe asociación entre la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y los ingresos mensuales con la restricción en la participación de las personas registradas.

Los resultados de este estudio también han sido similares en algunos determinantes a los publicados por Tovar L. [78], considerando que algunos de los determinantes del estado de salud de la población colombiana son la edad, el ingreso, el nivel educativo, la práctica de ejercicio físico, el género, el sistema de salud las regiones y la ubicación de las viviendas en zonas urbanas y rurales, encontrándose ciertas evidencias de elementos locales o regionales que influyen significativamente en el estado de salud de las personas; el mayor efecto marginal

corresponde al determinante social de la salud, nivel educativo [98], también afecta directamente el estado de salud de las personas, teniendo en cuenta que entre más alto sea el nivel alcanzado mayor impacto tiene en el estado de salud, comparado con los individuos que no tienen ningún nivel de estudio.

Para finalizar, los resultados de este estudio corresponden a un eslabón que da respuesta a la mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial planteado por Vanegas J, Gil L. [99], quienes mencionan los componentes de la discapacidad según la CIF y los determinantes cuantitativos como un conglomerado de sistemas conceptuales que se liga a la complejidad del sistema de la discapacidad, no solo como una área del conocimiento sino como una mirada integradora del individuo y su contexto.

## 8 CONCLUSIONES

Por ser este un estudio pionero a nivel nacional, que establece la asociación de los determinantes sociales en salud estructurales e intermedios con los componentes de la discapacidad según la CIF y al revisar los antecedentes se encontraron puntos de comparación con relación a la asociación y dependencia calculadas en la ciudad de Tunja, entre ellas tenemos el género, edad, nivel educativo, área de residencia, estrato socioeconómico y barreras arquitectónicas. Se incluyó la asociación y dependencia del trabajo, ingresos, vivienda y rehabilitación con la restricción en la participación. El reconocimiento del enfoque base de determinantes sociales de la salud en discapacidad y su análisis a nivel municipal permite presentar una posibilidad en la generación de acciones concretas que garanticen los derechos de las personas con discapacidad cumpliendo con los objetivos del estudio.

Con relación a la caracterización de los componentes de la discapacidad según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud CIF se encontró que las alteraciones que limitan las actividades de la vida diaria afectan el sistema corporal humano y su movimiento, con ello se fortalece el quehacer como Magister en Discapacidad, proponiendo generar un enfoque integral básico de atención que supere las barreras de la discriminación en un determinante que se encuentra en crisis el Sistema General de Seguridad Social en Salud, debido a las fallas estructurales que presenta y reconociendo el modelo económico neoliberal actual que no permite la calidad del servicio de salud y que carece de un enfoque reparador en un país en conflicto armado; al conocer los

determinantes sociales de la discapacidad se superan las falencias de los procesos de formación académica, reconociendo a la discapacidad como una condición compleja multidimensional en un contexto diverso, cultural y multiétnico que requiere de una mirada interdisciplinaria para su profundo estudio. La aproximación al contexto de las inequidades de las personas, permite intervenciones efectivas promoviendo el trabajo intersectoriales y empoderamiento de los distintos sistemas biológicos, familiares, sociales, económicos y políticos.

Para finalizar, al no evidenciar asociación en los determinantes estructurales e intermedios denominados barreras actitudinales, Raza y el origen de la discapacidad, sistema de seguridad social en salud con la restricción en la participación, se permite reconocer el territorio particular con este estudio proponiendo generar una transformación desde los procesos de formación de pregrado y repensar la rehabilitación funcional hacia un enfoque de aplicación integral, diferencial, de derecho y reparador cuyo objetivo sea la autonomía y la eliminación de barreras de participación social motivando la investigación y la proyección social articulada con las comunidades.

## 9 RECOMENDACIONES

Los autores de este trabajo de investigación reconocen que se hace necesario profundizar a fin de tener una transformación en el lenguaje incluyendo en los planes, programas y proyectos de las agendas de la ciudad de Tunja, el enfoque de determinantes sociales de la salud cuyo objetivo sea disminuir la inequidad de género, edad, situación socioeconómica, nivel educativo y accesibilidad al ambiente de la vivienda y la participación social, actividad laboral, ingresos y factores de recuperación de la discapacidad e incluir nuevos estudios en determinantes como la nutrición, aspectos sanitarios, agua potable, medio ambiente, desastres naturales relacionados con la discapacidad considerando su rico abordaje teórico e investigativo a nivel mundial pero su pobre abordaje y vacío en el conocimiento de los sistemas de información de las personas con discapacidad en Colombia.

Se recomienda a los responsables de los sistemas de información y aplicación del registro para la caracterización y localización de las personas con discapacidad a nivel nacional, incluir un cambio de lenguaje técnico y científico a uno simple que descienda a los territorios y a las realidades, es decir la utilización de los determinantes sociales de la salud en discapacidad e incluir en sus componentes dependencia e independencia en las actividades básicas cotidianas y actividades de la vida diaria, actividad física y deporte; considerando que las limitación más frecuentes es la de pensar y memorizar, ver, caminar, mantener la posición del cuerpo.

Así mismo, el instrumento utilizado para el análisis de este trabajo contenido en Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad en

la ciudad de Tunja, se convierte en una línea base que convoca a la reflexión académica sobre la profundización del estudio de las inequidades sociales y la discapacidad para fortalecer los sistemas de información considerando que los datos auto-referenciados por las personas son insuficientes para contar con análisis estadísticos de relevancia y así llevar a la toma de decisiones políticas priorizando en los sectores y personas más vulnerables de la ciudad y tener un mayor impacto social.

Se abre una brecha entre el conocimiento científico y la realidad de los territorios como un reto para los Magister en discapacidad de Colombia que a partir de la experiencia de la realidad y de este registro puedan sugerir la elaboración de instrumentos válidos y confiables que midan los determinantes sociales de la salud desde una visión holística y crítica del pensamiento y transformación del cambio de actitud de la discapacidad hacia un funcionamiento diverso e inclusivo.

En consecuencia, se debe continuar avanzando en los esfuerzos intersectoriales y de cooperación de la ciudad de Tunja para garantizar el goce efectivo de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad velando por la eficiencia de los proyectos de desarrollo económicos incluyentes que permitan a esta población ser priorizada en los beneficios del sistema de seguridad social nacional, las oportunidades de empleo con ingresos mensuales razonables y dignos para suplir sus necesidades y mejorar las condiciones de vivienda eliminando la pobreza y exclusión social.

Es importante que los procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad logren un nivel de funcionamiento que permita la inclusión social, igualmente ampliar la capacidad de las personas para la atención y orientación en el acceso a los diferentes servicios disminuyendo así la posibilidad de toda forma de exclusión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Echeverri, Oscar MD, EMPSP, SCD Atención Primaria de la Salud, APS 5to Foro: Una nueva oportunidad. CES Univalle 2011. Facultad de Salud. Plan de Desarrollo 2011-2030 p. 3 [acceso 03/13/2013]. Disponible en [www.salud.univalle.edu.co/pdf](http://www.salud.univalle.edu.co/pdf)
2. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores. Marzo 2005 p. 13
3. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc. Sci Med* 1994; 39:887–903.
4. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev.* 2000; 11:155–63.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Services* 1992; 22:429-445.
6. Krieger N. Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* (in press).
7. World Health Survey, Geneve, World Health Organization: Aproximación al concepto de Discapacidad, 2002-2004 Organización Mundial de la Salud OMS, p.40
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Salud y discapacidad (CIF), 2001. p.231
9. Krieger N. Glosario de Epidemiología Social. *Boletín Epidemiológico.* 2002; 23. (1):8
10. Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad. Artículo 2 Definiciones; págs. (3,5,8)
11. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española – Vigésima segunda edición.* Editorial Espasa libros, 2009.

12. Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 2000:36–75.
13. Trujillo A, Sanabria L. Ocupación Sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente. 2011 págs. (28 ,56)
14. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá (Colombia); 2009. 8(17):69-79.
15. Charton J. Nothing about us without us. Los Angeles: University of California; 2000. 117-123
16. Universidad Nacional de Colombia. Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia). 2004.
17. Bruner J. Acción, pensamiento y lenguaje. Globalización y el futuro de la educación: Tendencias, desafíos, estrategias. Seminario Sobre Prospectiva De La Educación Región América Latina y El Caribe. UNESCO, Santiago de Chile, 23 - 25 agosto del 2000. Madrid: Alianza editorial; 1989. p.3
18. Brandt E, Pope A. Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering. National Academy Press 1997.
19. Solar O, Irwin A. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2007
20. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad, incluidos, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Ginebra, 2005 [acceso 08/09/2012]. Disponible en [www.who.int/entity/disabilitieswho5823resoluciones.pdf](http://www.who.int/entity/disabilitieswho5823resoluciones.pdf)
21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Dirección de censos y demografía. Información sobre Discapacidad. Manizales; 2006.
22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, demografía Informe sobre discapacidad. Bogotá 2005 [acceso 02/18/2011]. Disponible en

- [www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=807Itemid%3D120&Itemid=120.xls](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=807Itemid%3D120&Itemid=120.xls)
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de población por sexo y edad: 1985 - 2006. Bogotá: Ediciones DANE; 1999 [acceso 02/18/2011]. Disponible en [www.dane.gov.co/files/.../poblacion/...7Proyecciones\\_poblacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/.../poblacion/...7Proyecciones_poblacion.pdf)
  24. Banco Interamericano de Desarrollo BID. Discapacidad y Desarrollo Inclusivo. In: BID; 2010.
  25. Sen. A. Inequality reexamined. Cambridge, MA: Harvard University Press, y Oxford: Clarendon Press; 1992; p. 2-9
  26. 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 Bogotá; 2009. p. 1-7 ISBN:978-958-98911-1-7
  27. Brigeiro M. Cuerpo, cultura y discapacidad: Aproximaciones analíticas desde la teoría social. En: Cuervo C, Trujillo A, Vargas D, Mena B, Pérez L, editors. Discapacidad inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Banco de Ideas Publicitarias Ltda. 2004. Cap IV:4.1
  28. Barrera, O. Boyacá: El devenir de la APS Secretaria de Salud de Boyacá. Dirección de Salud pública. CIMDER Sistema de Información comunitaria en APS – SICAPS. 2009 [acceso 07/11/2012]. Disponible en: [Guajiros.udea.edu.co/fnsp/congresosp6/memorias6.../P5.pdf](http://Guajiros.udea.edu.co/fnsp/congresosp6/memorias6.../P5.pdf)
  29. Sitio oficial de Tunja en Boyacá, Colombia. Tunja: Hechos de Verdad [acceso 11/09/2011]. Disponible en: <http://www.tunja-boyaca.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mixx-1-&m=f>.
  30. Plan de Desarrollo Municipal “HECHOS DE VERDAD. Por una Tunja más Humana, Saludable, Segura y Sostenible 2012-2015” [acceso 09/18/2012].

Disponible en: <http://www.tunja-boyaca.gov.co/planeacion.shtml?apc=plx-1-&x=381>

31. Declaración Helsinki. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Ginebra 1993, p.53-56.
32. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución. In: 008430. Santafé de Bogotá; 1993 [acceso 11/07/2012]. [www.unisabana.edu.co/fileadmin/.../Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/.../Res__8430_1993_-_Salud.pdf)
33. Ministerio de Salud República de Colombia. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad. 2002. Plan Nacional de Atención a las personas con discapacidad.1999-2002 Decretos 2226de 1996 y 1152/99 [acceso 11/07/2012]. Disponible en: [cppe.presidencia.gov.co](http://cppe.presidencia.gov.co)
34. 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 [acceso 07/18/2012]. Disponible en: [www.jointcenter.org/.../01-....](http://www.jointcenter.org/.../01-....)
35. Tovar L, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia. Lecturas de Economía 2003:177-208.
36. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. Health and Social Organization. London: Blane D, Brunner E, Wilkinson D; 2000, p.71-93
37. 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 [acceso 07/18/2012]. Disponible en: [whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim\\_statement\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf)

38. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Stockholm. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991 [acceso 02/22/2012]. Disponible en: [www.who.int/bulletin/volumes/84/.../index.html](http://www.who.int/bulletin/volumes/84/.../index.html).
39. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6).2002. p.302
40. World Health Organization. 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 [acceso 11/09/2012]. Disponible en: [www.who.int/.../Conceptualframeworkforactiono...-](http://www.who.int/.../Conceptualframeworkforactiono...)
41. 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 [acceso 09/18/2012]. Disponible en: [www.thecanadianfacts.org/The\\_Canadian\\_Facts....-](http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts....)
42. Wilkinson R. Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid facts. Copenhagen: world health organization; Second edition. 2003 ISBN 9289013710 [acceso 10/09/2012]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/E81384.pdf>
43. 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 Barcelona: Gac Sanit, 2010; 24 (Supl.1): 101-8, 24 Supl. 1 ISSN 0213-9111, 26 (2) Recuperado de 2010.GacSanit.2010.doi:10.1016/j.gacetasanitaria.2010.05.005.
44. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J. Final report to World Health Organization Commission on the social determinants of health from measurement and evidence owledge network, 2007 [acceso 10/08/2012]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_final\\_report\\_102007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf)

45. Navarro V, Borrell C, Muntaner C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Gumá J, Vergés N, Pasarín MI. El Impacto de la Política en la Salud The Impact of Politics on Health. Buenos Aires Enero - Abril, 2007 SALUD COLECTIVA, 3(1): 9-32.
46. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22:429–45
47. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D. Synthetising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy.* 2005; 10: 45–53.
48. Clarke A, McCarthy M, Álvarez-Dardet C..New directions in European public health research: report of a workshop. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61:194–7.
49. 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.
50. Marmot M, Friel S, Bell R. 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.
51. Weber L. A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality. *Psychology of Women Quarterly.* 1998; 22:13–32.
52. 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
53. 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 [acceso 08/10/2012]. Disponible en: [biasfree.org/Spanish\\_final.pdf](http://biasfree.org/Spanish_final.pdf)

54. Sihto M. Reducing socioeconomic inequalities in health. *Health Policy Monitor*. Barcelona, España 2007 [acceso 10/10/2012]. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/fi/a9/2>.
55. Villermé L. A Pioneer In Social Epidemiology: Re-Analysis Of His Data On Comparative Mortality In Paris In The Early 19th Century. *J Epidemiol Community Health*. 2011 Aug; 65(8):666-70. Doi : 10.1136/jech.2009.087957
56. National Institute for Health Research (UK). *Delivering health research: progress report 2008/09*. London: Department of Health; 2009.
57. Salgado – de Snyder N, D en *Bien Soc*, Wong R, D en *Econ*. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez Instituto Nacional de Salud Pública, México University of Maryland, Estados Unidos *Salud Pública Méx* 2007; 49(sup 4):515-521.
58. 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*.2000; 51(11): 1573-1593.
59. Denton M. Las diferencias de género en los determinantes estructurales y de comportamiento de la salud: un análisis de la producción social de salud. *Venezuela*, 2004, 48 (9) p. 1221 - 1235
60. 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*. 58 (12): 2585-2600
61. Commission on Social Determinants of Health. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneve: World Health Organization; 2007. CAP I, p.1-13; CAP II p. 17-30
62. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Dirección de Censos y Demografía. *Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad*. 2005-2006. Bogotá DC,

- Colombia [acceso 11/09/2011]. Disponible en [www.dane.gov.co/files/.../poblacion/...7Proyecciones\\_poblacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/.../poblacion/...7Proyecciones_poblacion.pdf)
63. Neira TN. Determinantes sociales que promueven la inclusión / exclusión al deporte adaptado en el ámbito competitivo. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2011.
  64. Cruz I. Hernández-Jaramillo, Janeth. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 6 (3): 23-35, septiembre-diciembre de 2008
  65. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 80. Política Pública Nacional de Discapacidad Julio de 2004. Bogotá. 2007 [acceso 09/20/2012]. Disponible en: [www.dnp.gov.co/portalWeb/portals/0/archivos/documentos/subdireccion/Conpes%20sociales/080.pdf](http://www.dnp.gov.co/portalWeb/portals/0/archivos/documentos/subdireccion/Conpes%20sociales/080.pdf)
  66. 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. 13-23.
  67. Solís L. Ruiz L. Sánchez P. País- Colombia de inequidades en salud con enfoque en los determinantes sociales Sistema de salud y cooperación internacional. 2012. (De próxima aparición)
  68. Rodríguez S. Trabajo de Investigación Programa de Máster Universitat Autònoma de Barcelona Barreras y Determinantes del Acceso a los servicios de salud en Colombia; Junio 2010. p. 2-21-22
  69. Ministerio de Protección Social y Fondo de Población para las Naciones Unidas UNFPA. Modelo de servicios de salud para niños y adolescentes de Colombia. 2007. Bogotá D.C –Colombia (0265). 2008.
  70. Plan de desarrollo municipio de Moniquirá Boyacá. Acuerdo No. 005 DE 2012 por medio del cual se adopta el plan de desarrollo del municipio de Moniquirá 2012 – 2015.

71. Hernández R. Collado C. Baptista P. Metodología de la Investigación. México DF: McGraw – Hill; 1999. 4-37.
72. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia, Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad RLCPCD. Junio 2012 [acceso 08/16/2012]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/DocumentosyPublicaciones/PresentacionRLCPD-Junio2012.pdf>
73. Gómez J. Fundación Saldarriaga Concha. Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en Capital Humano. Bogotá. Colombia. 2010. p.28-37
74. Ministerio de Protección Social Decreto 3039 de 2007 reglamentado el 10 Agosto de 2007 [acceso 10/08/2012]. Disponible en [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
75. Plazas C. Observatorio de Asuntos de Género (OAG) de la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (ACPEM). Mujer y Discapacidad en Colombia. Número 14. Bogotá D.C – Colombia Junio de 2012
76. Plazas MC. Mujer y discapacidad en Colombia. Alta consejería presidencial para la equidad y la mujer. Lineamientos de la Política Pública Nacional de equidad de género para las mujeres. Bogotá Colombia. Septiembre 2012 [acceso 03/12/2013]. Disponible en <http://www.equidadmujer.gov.co.pdf>
77. World Health Organization y Banco Mundial 10 datos sobre discapacidad noviembre 2012 [acceso 10/08/2012]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/index.html>
78. Tovar L. Determinantes del estado de salud de la población colombiana. Cali Colombia. 2005 octubre; (3): 125-151
79. Comisión Económica para América Latina y el Caribe ECLA (Ingles) – CELAP. Autonomía e independencia: El cuidado de las personas con discapacidad. Versión preliminar 2012.
80. United Nations Enable “Factsheet on persons with disabilities 2011
81. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS) Santiago, Chile 2005. Resumen de Resultados

[acceso 08/16/2012]. Disponible en  
[http://www.bcn.cl/carpeta\\_temas/temas\\_portada.2005-10-24.2908836766/pdf/RESUMENESTUDIONACIONALDEDISCAPACIDAD.pdf](http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2005-10-24.2908836766/pdf/RESUMENESTUDIONACIONALDEDISCAPACIDAD.pdf)

82. Dossier. Discapacidad y Envejecimiento. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO. Diciembre 2001; 131. p.17-36. Diciembre 2001 ISSN: 0210-0622 [acceso 03/22/2013]. Disponible en: [www.seg-social.es/imserso](http://www.seg-social.es/imserso).
83. Jiménez R, García J. Debemos educar en un país diverso y multiétnico. Ministerio de Educación Nacional. Prosperidad para todos. Debate marzo abril 2004; 28
84. Organización Mundial de la Salud OMS Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriátria y gerontología; 37(S2):74-105
85. Soto N. Tesis Doctoral La atención educativa de niños, niñas y jóvenes considerados con necesidades educativas especiales: Una mirada desde la integración y desde la inclusión. Centro de estudios avanzados en niñez y juventud. Manizales 2007; p.219.
86. Charroalde J. Entorno rural y discapacidad: Derechos a medias. Febrero 2007 [acceso 03/28/2013]. Disponible en: [www.cermi.es](http://www.cermi.es)
87. World Health Organization, 2012 Organización Mundial de la salud OMS Curso Virtual de determinantes sociales de la salud [acceso 06/09/2012]. Disponible en: [www.campusvirtualesp.org](http://www.campusvirtualesp.org).
88. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-212/11 Derecho de Salud de la persona con discapacidad. Derecho a la Salud y principio de atención integral [acceso 03/28/2013]. Disponible en: [www.corteconstitucional.gov.co/relatoria](http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria)
89. United Nations La aprobación de los Objetivos del Milenio 2011

90. Organización Internacional del Trabajo OIT. Promover el empleo y proteger a las personas. Discapacidad y Trabajo [acceso 11/10/2012]. Disponible en <http://www.ilo.org/global/topics/skills-knowledge-and-employability/disability-and-work/lang--es/index.htm>.
91. Vélez C et al Red Colombiana de investigación en Políticas y sistemas de Salud. Lineamientos de Política Nacional para la gestión del conocimiento en Salud Pública. 2005 p. 170
92. Miralles R. Discapacidad e integración social Conferencia de la OMS sobre salud y discapacidad (Centre de Cooperación al Desenvolupament, URV Solidaria Universitat Rovira i Virgili Tarragona) 2007; p. 1- 5.
93. Fresnedo, B O. Análisis de desigualdades en Discapacidad percibida Ministerio de Protección Social, universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud pública Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007 publicado en Bogotá Diciembre 2010. CAP III 73-85
94. Muñoz F, López D, Halverson P et al. Las funciones esenciales de la salud pública: Un tema emergente en las formas del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health 8 (1/2), 2000; p.130
95. De Lorenzo R. Secretario general de la Fundación ONCE. Revista del Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. El futuro de los discapacitados en el mundo: el empleo como factor determinante para la inclusión 2004;p. 73
96. Grecia M. Desigualdad en Salud en México: un Análisis de sus Determinantes. México, D.F.2005; 7-16
97. Padilla A. Inclusión educativa de personas con discapacidad. Facultad de ciencias jurídicas Pontificia Universidad Javeriana. Octubre 2011 [acceso 03/22/2013]. Disponible en: [www.sci.unal.edu.co](http://www.sci.unal.edu.co)
98. Santos H. Los Determinantes Sociales, Las Desigualdades En Salud Y Las Políticas, Como Temas De Investigación Social Determinants, Health Inequalities, And Policies As Subjects Of Research. Universidad Juárez

Autónoma de Tabasco. México Publicado en la Revista Cubana Salud Pública 37 (2): 4–6. Ciudad de la Habana. Junio 2011.

99. Vanegas J, Gil L. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007; 12: 51 – 61.

# ANEXO 1

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

The image displays four pages of a data collection instrument, numbered 1 through 4. Each page is a form with various sections, checkboxes, and text boxes for data entry.

- Page 1:** Contains sections for 'I. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA' and 'II. SITUACIÓN ECONÓMICA'. It includes a header with logos and a title 'INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN'. The forms are organized into numbered sections with checkboxes and text boxes for data entry.
- Page 2:** Contains section 'III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DESIGUALDAD'. It includes a header with logos and a title 'INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN'. The forms are organized into numbered sections with checkboxes and text boxes for data entry.
- Page 3:** Contains section 'IV. EDUCACIÓN'. It includes a header with logos and a title 'INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN'. The forms are organized into numbered sections with checkboxes and text boxes for data entry.
- Page 4:** Contains section 'V. EDUCACIÓN'. It includes a header with logos and a title 'INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN'. The forms are organized into numbered sections with checkboxes and text boxes for data entry.

Fuente: DANE

## ANEXO 2

### TABLAS SPSS

### GENERO

#### Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Genero * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

Tabla de contingencia Genero \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
Genero	masculino	Recuento	728	246	974
		% de Genero	74,7%	25,3%	100,0%
	femenino	Recuento	896	207	1103
		% de Genero	81,2%	18,8%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de Genero	78,2%	21,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,774 <sup>b</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad	12,396	1	,000		
Razón de verosimilitud	12,755	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	12,768	1	,000		
N de casos válidos	2077				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 212,43.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,078	,000
N de casos válidos		2077	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## EDAD

### Tablas de contingencia

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
EDAD RE RECODIFICADA * TIENE O NO TIENE RESTRICION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia EDAD RE RECODIFICADA \* TIENE O NO TIENE RESTRICION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICION		Total
			si	no	
EDAD RE RECODIFICADA	Infancia	Recuento	198	318	516
		% de EDAD RE RECODIFICADA	38,4%	61,6%	100,0%
	Juventud	Recuento	271	25	296
		% de EDAD RE RECODIFICADA	91,6%	8,4%	100,0%
	Adultez Joven	Recuento	270	27	297
% de EDAD RE RECODIFICADA		90,9%	9,1%	100,0%	
Adultez Media	Recuento	529	45	574	
	% de EDAD RE RECODIFICADA	92,2%	7,8%	100,0%	
Vejez	Recuento	356	38	394	
	% de EDAD RE RECODIFICADA	90,4%	9,6%	100,0%	
Total	Recuento	1624	453	2077	
	% de EDAD RE RECODIFICADA	78,2%	21,8%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	638,787 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	573,770	4	,000
Asociación lineal por lineal	389,485	1	,000
N de casos válidos	2077		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 64,56.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,485	,000
N de casos válidos	2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**NIVEL EDUCATIVO**  
**Tablas de contingencia**

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS RERECODIFICADO * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2016	96,3%	77	3,7%	2093	100,0%

Tabla de contingencia ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS RERECODIFICADO \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS RERECODIFICADO	ninguno	Recuento % de ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS RERECODIFICADO	410 72,8%	153 27,2%	563 100,0%
	primaria	Recuento % de ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS RERECODIFICADO	695 75,1%	231 24,9%	926 100,0%
	bachiller	Recuento % de ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS RERECODIFICADO	386 95,3%	19 4,7%	405 100,0%
	superior	Recuento % de ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS RERECODIFICADO	119 97,5%	3 2,5%	122 100,0%
Total		Recuento % de ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS RERECODIFICADO	1610 79,9%	406 20,1%	2016 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	114,440 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	144,795	3	,000
Asociación lineal por lineal	90,364	1	,000
N de casos válidos	2016		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 24,57.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,232	,000
N de casos válidos		2016	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**RAZA**  
**Tablas de contingencia**

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
RAZA RE RE CODIFICADA * TIENE O NO TIENE RESTRICION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia RAZA RE RE CODIFICADA \* TIENE O NO TIENE RESTRICION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICION		Total
			si	no	
RAZA RE RE CODIFICADA	Negro	Recuento	3	1	4
		% de RAZA RE RE CODIFICADA	75,0%	25,0%	100,0%
	Indígena	Recuento	9	6	15
		% de RAZA RE RE CODIFICADA	60,0%	40,0%	100,0%
	Mestizo	Recuento	1594	435	2029
	% de RAZA RE RE CODIFICADA	78,6%	21,4%	100,0%	
	Otro	Recuento	1	0	1
	% de RAZA RE RE CODIFICADA	100,0%	,0%	100,0%	
	No responde	Recuento	17	11	28
	% de RAZA RE RE CODIFICADA	60,7%	39,3%	100,0%	
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de RAZA RE RE CODIFICADA	78,2%	21,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,391 <sup>a</sup>	4	,078
Razón de verosimilitud	7,537	4	,110
Asociación lineal por lineal	1,772	1	,183
N de casos válidos	2077		

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,22.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,063	,078
N de casos válidos		2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## AREA Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tipo de area * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

### Tabla de contingencia Tipo de area \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
Tipo de area	Cabecera	Recuento	1378	366	1744
		% de Tipo de area	79,0%	21,0%	100,0%
	Rural disperso	Recuento	246	87	333
		% de Tipo de area	73,9%	26,1%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de Tipo de area	78,2%	21,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,332 <sup>b</sup>	1	,037		
Corrección por continuidad	4,035	1	,045		
Razón de verosimilitud	4,182	1	,041		
Estadístico exacto de Fisher				,042	,024
Asociación lineal por lineal	4,330	1	,037		
N de casos válidos	2077				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 72,63.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,046	,037
N de casos válidos		2077	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## ESTRATIFICACION SOCIOECONOMICA

### Tablas de contingencia

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
ESTRATO * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia ESTRATO \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
ESTRATO	Bajo	Recuento	1227	347	1574
		% de ESTRATO	78,0%	22,0%	100,0%
	Medio	Recuento	306	95	401
		% de ESTRATO	76,3%	23,7%	100,0%
	Alto	Recuento	3	0	3
		% de ESTRATO	100,0%	,0%	100,0%
	Sin dato	Recuento	88	11	99
		% de ESTRATO	88,9%	11,1%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de ESTRATO	78,2%	21,8%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,365 <sup>a</sup>	3	,039
Razón de verosimilitud	10,077	3	,018
Asociación lineal por lineal	3,590	1	,058
N de casos válidos	2077		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,65.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,063	,039
N de casos válidos		2077	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**RESTRICCION EN LA PARTICIPACION**  
**Tablas de contingencia**

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Participaría en una organización en defensa de los derechos de las personas * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	1980	94,6%	113	5,4%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia Participaría en una organización en defensa de los derechos de las personas \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
Participaría en una organización en defensa de los derechos de las personas	0	Recuento	0	309	309
		% de Participaría en una organización en defensa de los derechos de las personas	,0%	100,0%	100,0%
	si	Recuento	1282	87	1369
	% de Participaría en una organización en defensa de los derechos de las personas	93,6%	6,4%	100,0%	
	no	Recuento	256	46	302
	% de Participaría en una organización en defensa de los derechos de las personas	84,8%	15,2%	100,0%	
Total		Recuento	1538	442	1980
	% de Participaría en una organización en defensa de los derechos de las personas	77,7%	22,3%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1285,278 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	1197,022	2	,000
Asociación lineal por lineal	644,828	1	,000
N de casos válidos	1980		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 67,42.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por Phi	,806	,000
nominal V de Cramer	,806	,000
N de casos válidos	1980	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**BARRERAS**

**ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD**

**Origen de la discapacidad \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN**

Tabla de contingencia

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
Origen de la discapacidad	si	Recuento	891	236	1127
		% de Origen de la discapacidad	79,1%	20,9%	100,0%
2		Recuento	733	217	950
		% de Origen de la discapacidad	77,2%	22,8%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de Origen de la discapacidad	78,2%	21,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,093 <sup>b</sup>	1	,296		
Corrección por continuidad	,984	1	,321		
Razón de verosimilitud	1,091	1	,296		
Estadístico exacto de Fisher				,311	,161
Asociación lineal por lineal	1,092	1	,296		
N de casos válidos	2077				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 207,20.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por Phi		,023	,296
nominal V de Cramer		,023	,296
N de casos válidos		2077	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## AFILIACION AL SGSS

### Tablas de contingencia

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
AFILIACIÓN AL SGSS * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	2073	99,0%	20	1,0%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia AFILIACIÓN AL SGSS \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
AFILIACIÓN AL SGSS	Ninguno	Recuento % de AFILIACIÓN AL SGSS	157 73,7%	56 26,3%	213 100,0%
	Afiliado	Recuento % de AFILIACIÓN AL SGSS	1453 78,8%	392 21,2%	1845 100,0%
	No responde	Recuento % de AFILIACIÓN AL SGSS	10 66,7%	5 33,3%	15 100,0%
Total		Recuento % de AFILIACIÓN AL SGSS	1620 78,1%	453 21,9%	2073 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,012 <sup>a</sup>	2	,135
Razón de verosimilitud	3,793	2	,150
Asociación lineal por lineal	1,674	1	,196
N de casos válidos	2073		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,28.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,044	,135
N de casos válidos		2073	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

# TRABAJO

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
TRABAJO * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

### Tabla de contingencia TRABAJO \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
TRABAJO	Trabajando	Recuento	620	31	651
		% de TRABAJO	95,2%	4,8%	100,0%
	Estudiando	Recuento	292	5	297
		% de TRABAJO	98,3%	1,7%	100,0%
	Incapacitado	Recuento	369	75	444
		% de TRABAJO	83,1%	16,9%	100,0%
	Otros	Recuento	257	30	287
		% de TRABAJO	89,5%	10,5%	100,0%
	No responde	Recuento	86	312	398
		% de TRABAJO	21,6%	78,4%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de TRABAJO	78,2%	21,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	956,685 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	867,759	4	,000
Asociación lineal por lineal	616,573	1	,000
N de casos válidos	2077		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 62,60.

### Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,562
N de casos válidos		2077

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### Tablas de contingencia

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Actividad durante los ultimos 6 meses * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	1988	95,0%	105	5,0%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia Actividad durante los ultimos 6 meses \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
Actividad durante los ultimos 6 meses	0	Recuento	0	309	309
		% de Actividad durante los ultimos 6 meses	,0%	100,0%	100,0%
	Trabajando	Recuento	291	9	300
		% de Actividad durante los ultimos 6 meses	97,0%	3,0%	100,0%
	Buscando trabajo	Recuento	53	4	57
		% de Actividad durante los ultimos 6 meses	93,0%	7,0%	100,0%
	Incapacitado permanente para trabajar sin pension	Recuento	369	75	444
		% de Actividad durante los ultimos 6 meses	83,1%	16,9%	100,0%
	Incapacitado permanente para trabajar con pension	Recuento	46	6	52
		% de Actividad durante los ultimos 6 meses	88,5%	11,5%	100,0%
	Estudiando	Recuento	292	5	297
		% de Actividad durante los ultimos 6 meses	98,3%	1,7%	100,0%
	Realizando oficios del hogar	Recuento	329	22	351
		% de Actividad durante los ultimos 6 meses	93,7%	6,3%	100,0%
Recibiendo renta	Recuento	1	5	6	
	% de Actividad durante los ultimos 6 meses	16,7%	83,3%	100,0%	
Pensionado - jubilado	Recuento	41	2	43	
	% de Actividad durante los ultimos 6 meses	95,3%	4,7%	100,0%	
Realizando actividades de autoconsumo	Recuento	50	5	55	
	% de Actividad durante los ultimos 6 meses	90,9%	9,1%	100,0%	
Otra actividad	Recuento	66	8	74	
	% de Actividad durante los ultimos 6 meses	89,2%	10,8%	100,0%	
Total	Recuento	1538	450	1988	
	% de Actividad durante los ultimos 6 meses	77,4%	22,6%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1302,494 <sup>a</sup>	10	,000
Razón de verosimilitud	1255,202	10	,000
Asociación lineal por lineal	412,364	1	,000
N de casos válidos	1988		

- a. 2 casillas (9,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 1,36.

### Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal      Coeficiente de contingencia	,629	,000
N de casos válidos	1988	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
EMPLEO REALIZADO * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia EMPLEO REALIZADO \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
EMPLEO REALIZADO	Obrero	Recuento	192	8	200
		% de EMPLEO REALIZADO	96,0%	4,0%	100,0%
	Patron	Recuento	6	0	6
		% de EMPLEO REALIZADO	100,0%	,0%	100,0%
	Independiente	Recuento	79	0	79
		% de EMPLEO REALIZADO	100,0%	,0%	100,0%
	Sin Trabajo	Recuento	1347	445	1792
		% de EMPLEO REALIZADO	75,2%	24,8%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de EMPLEO REALIZADO	78,2%	21,8%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70,510 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	102,790	3	,000
Asociación lineal por lineal	56,243	1	,000
N de casos válidos	2077		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,31.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,181	,000
N de casos válidos		2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tablas de contingencia**

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Actividad económica actual * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia Actividad económica actual \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
Actividad económica actual	industria	Recuento	26	0	26
		% de Actividad económica actual	100,0%	,0%	100,0%
	comercio	Recuento	128	7	135
		% de Actividad económica actual	94,8%	5,2%	100,0%
	agricola	Recuento	31	2	33
		% de Actividad económica actual	93,9%	6,1%	100,0%
	pecuaria	Recuento	4	0	4
		% de Actividad económica actual	100,0%	,0%	100,0%
	servicios	Recuento	249	19	268
	% de Actividad económica actual	92,9%	7,1%	100,0%	
	otra actividad	Recuento	278	37	315
		% de Actividad económica actual	88,3%	11,7%	100,0%
	Sin respuesta	Recuento	46	7	53
		% de Actividad económica actual	86,8%	13,2%	100,0%
	EDAD NO LABORAL	Recuento	862	381	1243
		% de Actividad económica actual	69,3%	30,7%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de Actividad económica actual	78,2%	21,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	147,090 <sup>a</sup>	7	,000
Razón de verosimilitud	170,005	7	,000
Asociación lineal por lineal	134,615	1	,000
N de casos válidos	2077		

a. 2 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,87.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,257	,000
N de casos válidos		2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
SALARIO RE RE CDIFICADO * TIENE O NO TIENE RESTRICION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia SALARIO RE RE CDIFICDADO \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
SALARIO RE RE CDIFICDADO	sin salario	Recuento % de SALARIO RE RE CDIFICDADO	1226 91,8%	110 8,2%	1336 100,0%
	mesno de un salario minimo hasta tres salarios minios	Recuento % de SALARIO RE RE CDIFICDADO	389 92,2%	33 7,8%	422 100,0%
	mas de tres salarios minimos	Recuento % de SALARIO RE RE CDIFICDADO	9 90,0%	1 10,0%	10 100,0%
	no sabe/no responde	Recuento % de SALARIO RE RE CDIFICDADO	0 ,0%	309 100,0%	309 100,0%
Total		Recuento % de SALARIO RE RE CDIFICDADO	1624 78,2%	453 21,8%	2077 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1301,422 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	1180,693	3	,000
Asociación lineal por lineal	1102,083	1	,000
N de casos válidos	2077		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,18.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,621	,000
N de casos válidos		2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## VIVIENDA

### Tablas de contingencia

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
CONDICION DE TENENCIA DE LA VIVIENDA * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia CONDICION DE TENENCIA DE LA VIVIENDA \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
CONDICION DE TENENCIA DE LA VIVIENDA	Propia	Recuento	898	225	1123
		% de CONDICION DE TENENCIA DE LA VIVIENDA	80,0%	20,0%	100,0%
	Arriendo	Recuento	472	180	652
		% de CONDICION DE TENENCIA DE LA VIVIENDA	72,4%	27,6%	100,0%
	Otro	Recuento	43	19	62
		% de CONDICION DE TENENCIA DE LA VIVIENDA	69,4%	30,6%	100,0%
	No responde	Recuento	211	29	240
		% de CONDICION DE TENENCIA DE LA VIVIENDA	87,9%	12,1%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de CONDICION DE TENENCIA DE LA VIVIENDA	78,2%	21,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,076 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	32,089	3	,000
Asociación lineal por lineal	1,339	1	,247
N de casos válidos	2077		

- a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 13,52.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,121	,000
N de casos válidos		2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
TIPO DE VIVIENDA * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia TIPO DE VIVIENDA \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
TIPO DE VIVIENDA	Casa	Recuento	1411	424	1835
		% de TIPO DE VIVIENDA	76,9%	23,1%	100,0%
	Institución	Recuento	187	22	209
		% de TIPO DE VIVIENDA	89,5%	10,5%	100,0%
	Otro	Recuento	5	3	8
		% de TIPO DE VIVIENDA	62,5%	37,5%	100,0%
	No responde	Recuento	21	4	25
		% de TIPO DE VIVIENDA	84,0%	16,0%	100,0%
Total	Recuento	1624	453	2077	
	% de TIPO DE VIVIENDA	78,2%	21,8%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,062 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	21,690	3	,000
Asociación lineal por lineal	8,968	1	,003
N de casos válidos	2077		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,74.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,095	,000
N de casos válidos		2077	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**SERVICIOS DE REHABILITACION**  
**Tablas de contingencia**

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	Servicios de Salud	Recuento	76	56	132
		% de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	57,6%	42,4%	100,0%
	Apoyo Familiar	Recuento	240	63	303
		% de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	79,2%	20,8%	100,0%
	Otro	Recuento	1	0	1
		% de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	100,0%	,0%	100,0%
	No responde	Recuento	1307	334	1641
		% de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	79,6%	20,4%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	78,2%	21,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,397 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	30,755	3	,000
Asociación lineal por lineal	17,313	1	,000
N de casos válidos	2077		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,22.

### Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,129	,000
N de casos válidos	2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Otro tipo de rehabilitacion * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2068	98,8%	25	1,2%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia Otro tipo de rehabilitacion \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
Otro tipo de rehabilitacion	no	Recuento	1511	422	1933
		% de Otro tipo de rehabilitacion	78,2%	21,8%	100,0%
	si	Recuento	105	30	135
		% de Otro tipo de rehabilitacion	77,8%	22,2%	100,0%
Total		Recuento	1616	452	2068
		% de Otro tipo de rehabilitacion	78,1%	21,9%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,011 <sup>b</sup>	1	,915		
Corrección por continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,011	1	,916		
Estadístico exacto de Fisher				,914	,494
Asociación lineal por lineal	,011	1	,915		
N de casos válidos	2068				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,51.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,002	,915
N de casos válidos		2068	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Se esta recuperando de su discapacidad * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2076	99,2%	17	,8%	2093	100,0%

### Tabla de contingencia Se esta recuperando de su discapacidad \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
Se esta recuperando de su discapacidad	si	Recuento % de Se esta recuperando de su discapacidad	331 72,3%	127 27,7%	458 100,0%
	no	Recuento % de Se esta recuperando de su discapacidad	1292 79,9%	326 20,1%	1618 100,0%
Total		Recuento % de Se esta recuperando de su discapacidad	1623 78,2%	453 21,8%	2076 100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,025 <sup>b</sup>	1	,001		
Corrección por continuidad	11,585	1	,001		
Razón de verosimilitud	11,546	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	12,020	1	,001		
N de casos válidos	2076				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 99,94.

### Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,076
N de casos válidos	2076	,001

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### Tablas de contingencia

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	Servicios de Salud	Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	76 57,6%	56 42,4%	132 100,0%
	Apoyo Familiar	Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	240 79,2%	63 20,8%	303 100,0%
	Otro	Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
	No responde	Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	1307 79,6%	334 20,4%	1641 100,0%
Total		Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	1624 78,2%	453 21,8%	2077 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,397 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	30,755	3	,000
Asociación lineal por lineal	17,313	1	,000
N de casos válidos	2077		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,22.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	,131	,000
nominal	V de Cramer	,131	,000
N de casos válidos		2077	

- Asumiendo la hipótesis alternativa.
- Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### Tablas de contingencia

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
TERAPIAS RE RE CODIFICADA * TIENE O NO TIENE RESTRICION	2068	98,8%	25	1,2%	2093	100,0%

#### Tabla de contingencia TERAPIAS RE RE CODIFICADA \* TIENE O NO TIENE RESTRICION

			TIENE O NO TIENE RESTRICION		Total
			si	no	
TERAPIAS RE RE CODIFICADA	no	Recuento	1502	434	1936
		% de TERAPIAS RE RE CODIFICADA	77,6%	22,4%	100,0%
	si	Recuento	114	18	132
		% de TERAPIAS RE RE CODIFICADA	86,4%	13,6%	100,0%
Total		Recuento	1616	452	2068
		% de TERAPIAS RE RE CODIFICADA	78,1%	21,9%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,579 <sup>b</sup>	1	,018		
Corrección por continuidad	5,076	1	,024		
Razón de verosimilitud	6,176	1	,013		
Estadístico exacto de Fisher				,017	,010
Asociación lineal por lineal	5,576	1	,018		
N de casos válidos	2068				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,85.

### Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por Phi	-,052	,018
nominal V de Cramer	,052	,018
N de casos válidos	2068	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion	no	Recuento % de Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion	1074 80,4%	262 19,6%	1336 100,0%
	si	Recuento % de Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion	550 74,2%	191 25,8%	741 100,0%
Total		Recuento % de Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion	1624 78,2%	453 21,8%	2077 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,624 <sup>b</sup>	1	,001		
Corrección por continuidad	10,265	1	,001		
Razón de verosimilitud	10,450	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	10,618	1	,001		
N de casos válidos	2077				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 161,61.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,072	,001
	V de Cramer	,072	,001
N de casos válidos		2077	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

### Tabla de contingencia Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion	no	Recuento	1074	262	1336
		% de Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion	80,4%	19,6%	100,0%
	si	Recuento	550	191	741
		% de Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion	74,2%	25,8%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de Asiste actualmente al servicio de rehabilitacion	78,2%	21,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,624 <sup>b</sup>	1	,001		
Corrección por continuidad	10,265	1	,001		
Razón de verosimilitud	10,450	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	10,618	1	,001		
N de casos válidos	2077				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 161,61.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	,072	,001
nominal	V de Cramer	,072	,001
N de casos válidos		2077	

- Asumiendo la hipótesis alternativa.
- Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Entidad donde recibe la rehabilitacion * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

### Tabla de contingencia Entidad donde recibe la rehabilitacion \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
Entidad donde recibe la rehabilitacion	0	Recuento	1074	262	1336
		% de Entidad donde recibe la rehabilitacion	80,4%	19,6%	100,0%
	público	Recuento	324	112	436
		% de Entidad donde recibe la rehabilitacion	74,3%	25,7%	100,0%
	privado	Recuento	222	77	299
		% de Entidad donde recibe la rehabilitacion	74,2%	25,8%	100,0%
	no saben	Recuento	4	2	6
		% de Entidad donde recibe la rehabilitacion	66,7%	33,3%	100,0%
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de Entidad donde recibe la rehabilitacion	78,2%	21,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,827 <sup>a</sup>	3	,013
Razón de verosimilitud	10,621	3	,014
Asociación lineal por lineal	9,205	1	,002
N de casos válidos	2077		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 1,31.

### Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,072	,013
N de casos válidos	2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	Servicios de Salud	Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	76 57,6%	56 42,4%	132 100,0%
	Apoyo Familiar	Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	240 79,2%	63 20,8%	303 100,0%
	Otro	Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
	No responde	Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	1307 79,6%	334 20,4%	1641 100,0%
Total		Recuento % de FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION	1624 78,2%	453 21,8%	2077 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,397 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	30,755	3	,000
Asociación lineal por lineal	17,313	1	,000
N de casos válidos	2077		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,22.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,131	,000
	V de Cramer	,131	,000
	Coeficiente de contingencia	,129	,000
N de casos válidos		2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### Tablas de contingencia

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Afectacion de la capacidad para el trabajo por la discapacidad * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

#### Tabla de contingencia Afectacion de la capacidad para el trabajo por la discapacidad \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
Afectacion de la capacidad para el trabajo por la discapacidad	no	Recuento	112	315	427
		% de Afectacion de la capacidad para el trabajo por la discapacidad	26,2%	73,8%	100,0%
	si	Recuento	1411	132	1543
	% de Afectacion de la capacidad para el trabajo por la discapacidad	91,4%	8,6%	100,0%	
	Sin respuesta	Recuento	101	6	107
	% de Afectacion de la capacidad para el trabajo por la discapacidad	94,4%	5,6%	100,0%	
Total		Recuento	1624	453	2077
		% de Afectacion de la capacidad para el trabajo por la discapacidad	78,2%	21,8%	100,0%

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Afectacion de la capacidad para el trabajo por la discapacidad * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2077	99,2%	16	,8%	2093	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	851,473 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	739,636	2	,000
Asociación lineal por lineal	106,032	1	,000
N de casos válidos	2077		

- a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 23,34.

### Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por Phi	,640	,000
nominal V de Cramer	,640	,000
N de casos válidos	2077	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.  
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Rehabilitacion ordenada con medicamentos permanentes * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2068	98,8%	25	1,2%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia Rehabilitación ordenada con medicamentos permanentes \* TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN		Total
			si	no	
Rehabilitación ordenada con medicamentos permanentes	no	Recuento % de Rehabilitación ordenada con medicamentos permanentes	950 75,2%	314 24,8%	1264 100,0%
	si	Recuento % de Rehabilitación ordenada con medicamentos permanentes	666 82,8%	138 17,2%	804 100,0%
Total		Recuento % de Rehabilitación ordenada con medicamentos permanentes	1616 78,1%	452 21,9%	2068 100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,960 <sup>b</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad	16,513	1	,000		
Razón de verosimilitud	17,366	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	16,952	1	,000		
N de casos válidos	2068				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 175,73.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,090	,000
N de casos válidos		2068	

- Asumiendo la hipótesis alternativa.
- Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### Tablas de contingencia

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Rehabilitacion ordenada con medicamentos permanentes * TIENE O NO TIENE RESTRICCION	2068	98,8%	25	1,2%	2093	100,0%

#### Tabla de contingencia Rehabilitacion ordenada con medicamentos permanentes \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
Rehabilitacion ordenada con medicamentos permanentes	no	Recuento % de Rehabilitacion ordenada con medicamentos permanentes	950 75,2%	314 24,8%	1264 100,0%
	si	Recuento % de Rehabilitacion ordenada con medicamentos permanentes	666 82,8%	138 17,2%	804 100,0%
Total		Recuento % de Rehabilitacion ordenada con medicamentos permanentes	1616 78,1%	452 21,9%	2068 100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,960 <sup>b</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad	16,513	1	,000		
Razón de verosimilitud	17,366	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	16,952	1	,000		
N de casos válidos	2068				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 175,73.

### Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por Phi	-,091	,000
nominal V de Cramer	,091	,000
N de casos válidos	2068	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Otro tipo de rehabilitacion * TIENE O NO TIENE RESTRICCIÓN	2068	98,8%	25	1,2%	2093	100,0%

**Tabla de contingencia Otro tipo de rehabilitacion \* TIENE O NO TIENE RESTRICCION**

			TIENE O NO TIENE RESTRICCION		Total
			si	no	
Otro tipo de rehabilitacion	no	Recuento	1511	422	1933
		% de Otro tipo de rehabilitacion	78,2%	21,8%	100,0%
	si	Recuento	105	30	135
		% de Otro tipo de rehabilitacion	77,8%	22,2%	100,0%
Total		Recuento	1616	452	2068
		% de Otro tipo de rehabilitacion	78,1%	21,9%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,011 <sup>b</sup>	1	,915		
Corrección por continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,011	1	,916		
Estadístico exacto de Fisher				,914	,494
Asociación lineal por lineal	,011	1	,915		
N de casos válidos	2068				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,51.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,002	,915
N de casos válidos		2068	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.