

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

INVESTIGADORES

**MÓNICA LUCÍA CASTELBLANCO NIÑO
LUIS ALFREDO CERQUERA GUERRERO
KAREN ELIANA MURILLO ÁLVAREZ**

DIRECTORES DE TESIS

**Ph.D. CONSUELO VELEZ ÁLVAREZ
Ph.D. JOSE ARMANDO VIDARTE CLAROS**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO- MOVIMIENTO**

Manizales, 25 de enero de 2013

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

TESISTAS

**MÓNICA LUCÍA CASTELBLANCO NIÑO
LUIS ALFREDO CERQUERA GUERRERO
KAREN ELIANA MURILLO ÁLVAREZ**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

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

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
Lista de Tablas	5
Lista de Figuras	6
Lista de Tablas de Cálculo de Contingencias	7
1.PRESENTACION	8
1.1 RESUMEN EJECUTIVO	8
1.2 RESUMEN ACADÉMICO	10
2.DESCRIPCION DEL PROBLEMA	11
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2.1.1 Discapacidad en Colombia	15
2.1.2 Ecorregión Eje Cafetero	19
2.1.3 Discapacidad en Caldas y Manizales	22
2.2 JUSTIFICACIÓN	23
3. CONDICIONES DE FACTIBILIDAD	26
4. OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GENERAL	27
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5. MARCO TEÓRICO	28
5.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	28
5.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS	43
5.3 DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)	45
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	59
7. METODOLOGÍA	66
7.1 Tipo de estudio	66
7.2 Población y muestra	66
7.3 Técnicas e instrumentos de recolección	67
7.4 Plan de análisis	70

8. RESULTADOS	71
8.1 Análisis univariado	71
8.2 Análisis bivariado	82
9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	89
10. CONCLUSIONES	98
11. RECOMENDACIONES	101
REFERENCIAS	104
ANEXO 1	115
Tablas de Cálculo de Contingencias	
ANEXO 2	141
Formulario de Registro para la Localización y Caracterización de personas con discapacidad.	

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1-A. Operacionalización de Determinantes.	60
Tabla 1-B. Operacionalización de los Componentes de la Discapacidad	64
Tabla 2. Distribución de los Determinantes Estructurales relacionados con Estrato, Tipo de Área, Edad en Quinquenios, Sexo, Nivel Educativo y Grupo étnico.	72
Tabla 3. Distribución de los Determinantes Estructurales relacionados con El Origen de la Discapacidad.	73
Tabla 4. Distribución de Determinantes Estructurales de Alteraciones y Dificultades Permanentes.	74
Tabla 5. Distribución de Determinantes Intermedios relacionados con la Afiliación al SGSSS.	75
Tabla 6. Distribución de Determinantes Intermedios relacionados con las Condiciones Materiales de Trabajo.	76
Tabla 7. Distribución de Determinantes Intermedios relacionados con las Condiciones de Vivienda.	77
Tabla 8. Distribución de Determinantes Intermedios relacionados con los Servicios de Rehabilitación.	79
Tabla 9. Distribución de Determinantes Estructurales relacionados con las Barreras que impiden desarrollar actividades.	81
Tabla 10. Determinantes Sociales Estructurales relacionados con la Restricción en la Participación	83
Tabla 11. Determinantes Sociales Intermediarios relacionados con la Restricción En La Participación	86

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Mapa Ecorregión Eje Cafetero	20
Figura 2. Modelo Socioeconómico de Salud	31

LISTADO TABLAS CALCULO DE CONTINGENCIAS

ANEXO 1

Pág. 116

DETERMINANTES ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

Tabla 1. Sexo * Restricción en la participación

Tabla 2. Edad* Restricción en la participación

Tabla 3. Nivel Educativo* Restricción en la participación

Tabla 4. Grupo étnico* Restricción en la participación

Tabla 5. Ubicación de área de vivienda* Restricción en la participación

Tabla 6. Estrato socioeconómico* Restricción en la participación

Tabla 7. Origen de la discapacidad* Restricción en la participación

Tabla 8. Participación en organizaciones* Restricción en la participación

Tabla 9. Barreras entorno físico* Restricción en la participación

Tabla 10. Actitudes negativas* Restricción en la participación

DETERMINANTES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

Tabla 11. Afiliación SGSSS * Restricción en la participación

Tabla 12. Situación laboral últimos 6 meses * Restricción en la participación

Tabla 13. Capacidad para desempeñar trabajos * Restricción en la participación

Tabla 14. Tipo de trabajo que desempeña * Restricción en la participación

Tabla 15. Actividad económica actual * Restricción en la participación

Tabla 16. Ingreso mensual * Restricción en la participación

Tabla 17. Tipo de vivienda * Restricción en la participación

Tabla 18. Posesión de la vivienda * Restricción en la participación

Tabla 19. Recuperación de la discapacidad * Restricción en la participación

Tabla 20. Atribución de la recuperación * Restricción en la participación

Tabla 21. Orden de rehabilitación * Restricción en la participación

Tabla 22. Tipo de rehabilitación ordenada * Restricción en la participación

Tabla 23. Asistencia a rehabilitación ordenada * Restricción en la participación

Tabla 24. Establecimiento de Rehabilitación * Restricción en la participación

1. PRESENTACION

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

1.1 RESUMEN EJECUTIVO

Título: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD EN MANIZALES: RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.			
Investigadores principales: 3			
MÓNICA LUCÍA CASTELBLANCO NIÑO			
LUIS ALFREDO CERQUERA GUERRERO			
KAREN ELIANA MURILLO ÁLVAREZ			
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: uam@autonoma.edu.co	
Ciudad: MANIZALES		Departamento: CALDAS	
Sede de la Entidad: Antigua Estación del Ferrocarril –Manizales			
Tipo de Entidad: Educativa			
Universidad Pública:	Universidad Privada: X	Entidad Pública:	ONG:
Lugar de Ejecución del Proyecto: Manizales			
Ciudad: Manizales		Departamento: Caldas	
Duración del Proyecto (en meses): 24 meses			
Costo total del Proyecto: \$18'340.000=			
Descriptor / Palabras claves: condiciones sociales, discapacidad, clase social, escolaridad, empleo. (Fuente; DeCSBireme).			

1.2 RESUMEN ACADEMICO

Objetivo: Establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación) en la ciudad de Manizales, Colombia.

Método e Instrumento: Se realizó un estudio de tipo descriptivo con fase correlacional de análisis univariado y bivariado, con 6.150 registros, que son el total de la población identificada en el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, aportado por la Secretaria de Salud de Manizales con base en su estudio proyectivo de 2008. Dentro de los determinantes sociales analizados están: edad, género, estrato, nivel educativo, origen de la discapacidad, situación laboral, tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). **Resultados:** Fueron estudiadas 6150 personas con discapacidad (3181 mujeres y 2969 hombres), la edad promedio en hombres es de 40.5 años +/- 26.3 años, y en mujeres es de 48.9 años +/- 24.6 años. Se destacan las alteraciones en el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas, con 44.7%, la alteración permanente en el sistema nervioso con 43.3% y en tercer lugar las del sistema cardiorrespiratorio y defensas 40,5%. Se encontró relación directa entre la edad y la discapacidad, de manera que está aumenta con la edad. Los resultados indicaron que existe asociación entre los determinantes estructurales e intermedios con la restricción en la participación, los niveles de dependencia más fuertes se hallaron entre el tipo de establecimiento en donde reciben los servicios de rehabilitación y actividad desarrollada durante los últimos seis meses. **Conclusiones:** Entre los determinantes estructurales e intermedios que se asocian con la discapacidad en Manizales, se encuentran edad (ser adulto), género (mujer), educación (primaria), empleo y salario, afiliación a SGSSS, y estructura y función corporal afectada. Otro de los determinantes estructurales de la salud y la discapacidad fundamental es la posibilidad de participación y acceso, una vez que los resultados indican que son las barreras en vivienda, entorno físico y actitudes las que limitan en gran medida a las personas con discapacidad.

Descriptor/Palabras claves: Discapacidad, Persona con deficiencias, Persona con limitaciones, Condiciones Sociales, Participación Social, Escolaridad, Empleo, Vejez. (Fuente; DeCSBireme).

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud y su abordaje ha sido un asunto relevante en las agendas de trabajo de algunos importantes organismos internacionales como la Organización Mundial de la salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones unidas (ONU), entre otras que velan por la salud de las poblaciones. Muchas de las temáticas incluidas en las agendas de trabajo de dichas organizaciones tienen que ver con aspectos que deterioran la salud y que se constituyen en riesgo que determinan socialmente la vida de personas con discapacidad. En este orden de ideas, si se entiende que la discapacidad, requiere de la existencia de una condición de salud, es comprensible que para estas organizaciones como para diferentes investigadores sea necesario generar estudios que vinculen los determinantes sociales de la salud con el fenómeno discapacidad.

Cabe resaltar que la relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres. Surgió en Europa y Estados Unidos entonces, el modelo higienista, que promovió una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas y más adelante llegó a Latinoamérica [1].

En la Conferencia Mundial de la Salud de 1978, realizada en Alma-Atá (Kazakstán), la OMS declara el deber que tienen los estados de proveer económicamente en la mejora de la calidad de vida, especialmente de los más pobres, lo que no fue aceptado por la hegemonía neoliberal, por el contrario, se instauraron sistemas de salud que tienen como núcleo el aseguramiento individual, la atención a la enfermedad más que la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos que

acceden a pólizas de seguro más costosas y priorizando la rentabilidad de las instituciones financieras participantes de los nuevos sistemas, afirma Álvarez [1].

A raíz de ese fenómeno, la OMS, en su asamblea de 2004, lanzó la directriz de que un grupo de sus miembros, formaran una comisión especial para trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud [2], conocida como la ‘Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud’ (CDSS) puesta en marcha en 2005. Se trata de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud; igualmente, es un intento de recuperar las estrategias de Salud para Todos y de Atención Primaria en Salud. Todo esto debido que las reformas neoliberales fracasaron estrepitosamente en su intento por resolver los complejos problemas de salud contemporáneos. OMS – CDSS [2].

Legalmente la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud es el ente de la Organización Mundial de la Salud encargado de ofrecer asesoramiento respecto a la forma de atender, mitigar y evitar las inequidades observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Tiene como propósito generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias [2].

Para Álvarez [1] hablar de determinantes sociales de la salud y de la discapacidad, es hacer un abordaje de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación a las causas últimas o estructuras de los problemas de salud y de recuperar estrategias de salud para todos. La misma autora manifiesta, retomando algunos presupuestos de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de 2006 [2], 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.

Brandt y Pope [3] reconocen cómo el conocimiento científico que busca mantener la salud está fundado en la mirada sociopolítica de las naciones, con un interés centrado en el

individuo como ser social productivo que requiere de un sistema equitativo que preserve sus capacidades y su salud mediante disposiciones legales igualitarias. A propósito y teniendo en cuenta los elementos con efecto directo en la salud, Brigeiro [4] considera también determinante el respaldo de las políticas públicas en torno a la salud y a la discapacidad que deben comprender al sujeto y su relación con el ambiente, que es en últimas el que condiciona una serie de comportamientos protectores o no, con afectación directa en los procesos de salud.

Álvarez [1] manifiesta la importancia del análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos como tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de Salud de varios países [5], además es un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología [6].

En el plano internacional, según Idrovo y Ruiz-Rodríguez [6], el Banco Mundial (s.f.) desarrolla una serie de estudios para dilucidar los pormenores de la relación entre discapacidad y pobreza, una vez que ésta parece clara. Se plantea conocer por qué millones de personas con discapacidad en todo el mundo son más proclives al riesgo de padecer pobreza y exclusión social, y por qué en sus trabajos carecen de un sueldo digno y "tienden a ser los más pobres entre los pobres".

La pobreza entendida como un insuficiente ingreso económico, generalmente toma como referencia una cifra absoluta o relativa de la capacidad adquisitiva que se tiene, no obstante, para Idrovo y Ruiz-Rodríguez [6] citando al Banco Mundial (s.f.), las personas que sufren limitaciones físicas o mentales suelen ser discapacitadas no debido a una condición diagnosticable, sino porque se les niega el acceso a la educación, a los mercados laborales y a los servicios públicos. Esta exclusión conduce a la pobreza y, en un círculo vicioso, la pobreza conduce a mayor discapacidad debido a que aumenta la vulnerabilidad de las personas ante la desnutrición, las enfermedades y las condiciones de vida y de trabajo inseguras, sostienen Cuervo et al [5].

Se sabe que la incidencia y las consecuencias de la discapacidad se encuentran estrechamente relacionadas con factores sociales, presentándose con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y bajo nivel educativo, esto debido a la mayor exposición a diversos factores de riesgo [5]. Esta situación está directamente relacionada con la pobreza que se vive en muchos de los países de la región latinoamericana, por ejemplo, para fines del siglo XX la Organización Panamericana de la Salud (OPS) calculó que unos 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 [7].

Al respecto, Amartya Sen [8] desarrolla una nueva perspectiva de la pobreza potente para el trabajo en salud de la población, cuestión que él considera debería centrarse en los intereses de los mismos pobres y sus necesidades básicas, no en las establecidas por otros. Sen define la pobreza como «la privación de capacidades básicas», privación de la cual reconoce que la falta de renta es una de las principales causas, mas no la única; afirma al respecto: “los debates sobre la política económica y social se han distorsionado, a causa del excesivo énfasis en la pobreza de renta y de la consiguiente despreocupación por privaciones que están relacionadas con otras variables, como la falta de salud, la falta de educación y la exclusión social [8]”. Para este economista, entonces, la condición de pobreza de una persona equivale a algún grado de privación que impide el desarrollo pleno de sus capacidades y, en última instancia, de su libertad. Parfraseándolo, sería un asunto no sólo de “tener”, sino de “lograr” como opción de desarrollo individual, de capacidades personales.

Al respecto, Vargas [7] sostiene que “es de amplio conocimiento que la discapacidad tiene una relación directa con la pobreza” en primer lugar, por la presencia de un mayor número de factores de riesgo, debido a las precarias condiciones de vida; en segundo lugar, , porque el acceso a los servicios de atención en salud es más restringido para la población de menores recursos económicos; y por último, las posibilidades de ingresar a la educación, rehabilitación, entrenamiento vocacional, empleo, y en general a lograr una participación social activa son más limitadas.

Sobre la pobreza, las discapacidades y las restricciones en la participación, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) [9] indica que 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. Para el año 1975 las cifras mundiales de la discapacidad estimaban que un 12,3% de la población mundial presentaba alguna discapacidad, es decir, un número aproximado de 490 millones de personas en su mayoría en países pobres [9]. En el año de 1976 el dato más citado de prevalencia de la discapacidad fue el de la OMS, que corresponde al 10% de prevalencia global, es decir, de la población de cada país aproximadamente el 10% presenta algún tipo de discapacidad [4].

El BID [9] - al respecto - presenta cifras de prevalencia de discapacidad en algunos países de Latinoamérica con datos que pasan de una prevalencia en Perú, en 1993 del 13.1% a Costa Rica con un 9.3% para 1998 y llega a la más baja para Colombia en 1993, de 1.2%, lo que ratifica la afirmación inicial.

2.1.1 Discapacidad en Colombia

El ministerio de salud de Colombia en 2002, citado por el DANE - 1999 [10], con base en el estimativo del 12% para la población mundial, calculó que cerca de cuatro millones y medio de personas presentan algún tipo de limitación permanente. Las cifras de la población con discapacidades proceden de diferentes fuentes, entre ellas el censo poblacional DANE - 1993 que estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente (1.9% de la población de entonces) presentaba algún tipo o varios tipos de discapacidades [10].

Además de la información censal, en Colombia se viene implementando el registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad [11], como una herramienta técnica que facilita los procesos de planificación en los territorios a favor de este grupo poblacional. Es una práctica novedosa en la región Latinoamericana, por

cuanto las fuentes generalmente utilizadas no han rebasado los marcos de las encuestas de prevalencia y los censos nacionales. En un principio los territorios partían de la información que podían obtener de listados o directorios de personas elaborados con anterioridad, en los cuales aparecían datos básicos como nombres, documento de identidad, edad, discapacidad, dirección, etc. Posteriormente y gracias al registro, se logra identificar de manera adecuada las personas que en los municipios deben ser registradas.

Para Gómez Beltrán [12] “La experiencia ganada por el registro en los trabajos de campo en los municipios, y la permanente actualización teórica del concepto de discapacidad, nos indica que ésta es tal vez la mejor forma de identificar las personas con discapacidad para efectos estadísticos”. A partir de 2003 se inició el proceso de implementación, a 2008 cerca de 800 municipios iniciaron el proceso de registro y se disponía a 2009 de aproximadamente 670.000 formularios diligenciados [12].

Con el fin de entregar a los territorios una metodología que permita asegurar la cobertura del registro de discapacidad, con base en la información del censo general 2005, se realizó una prueba de campo [11], en las ciudades de Cali (Valle del Cauca), Dosquebradas (Risaralda), Barbosa (Santander), el Peñol (Antioquia), Santa Lucía (Atlántico) y Leticia (Amazonas). Según el Consejo Nacional de Política Económica y Social 80 (Conpes 80) [13] existen dificultades para encaminar adecuadamente las políticas públicas alrededor de la discapacidad.

Por su parte en censo realizado en el año 2005 estimó una tasa de prevalencia de discapacidad del 6,4% para la población colombiana (41.242.948 personas) basada en las personas que reportaron “mínimo una limitación permanente para realizar alguna actividad de la vida diaria” que en cifras absolutas corresponde aproximadamente a 2.639.548 personas [14].

Los únicos datos que muestran información relacionada con la discapacidad en Colombia, se extraen del consolidado del Registro para Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), realizado por la fundación Saldarriaga Concha y la fundación

Santa Fe en 2009 [15]. Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el periodo 2002 - 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 es de escasos recursos, pertenece en general a los estratos 1 y 2, un gran porcentaje no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (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.

Del mismo modo, el desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población, donde cerca del 70% de las personas en situación de discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral en Colombia. Este dato coincide con el señalado por la Encuesta Mundial de Salud de la OMS (2010) [9], en el que las tasas de empleo son menores entre los varones y mujeres discapacitados (53% y 20%, respectivamente) que entre los varones y mujeres no discapacitados (65% y 30%, respectivamente), “las personas con discapacidad en edad de trabajar, en comparación con sus homólogas no discapacitadas, experimentaban desventajas significativas en el mercado laboral y tenían peores oportunidades de empleo” [9].

En el mismo documento de la fundación Saldarriaga Concha y la fundación Santa Fe de Bogotá se revisa el módulo acerca de discapacidad de la Encuesta Nacional De Salud Del Ministerio De La Protección Social (2007) en la cual *se analizan determinantes de funcionamiento y discapacidad percibida* de acuerdo a la severidad de las dificultades, así como algunos determinantes socio-demográficos. Señala la encuesta que del total de encuestados (750.378), el 47,5% de la población fueron hombres y el 52,5% mujeres, en quienes prevalecen las dificultades de tipo leve y moderada, siendo las dificultades para bañarse, vestirse y mantener una amistad, las que más sobresalen.

En este orden de ideas, 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, y en el caso de los hombres las dificultades son en la locomoción y el autocuidado.

Con respecto al estado de salud autopercebido, las personas con dificultades extremas para bañarse y vestirse son quienes reportan haber sentido el peor estado de salud en los últimos 30 días, en comparación con las personas que presentan dificultades leves o moderadas. La Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de la Protección Social (2007) [15] reveló que de las alteraciones permanentes son las más frecuentes: del movimiento del cuerpo, 48.8% (366.437), las del sistema nervioso, 41.7% (312.976) y la visión con 40.9% (307.432). Siguiéndoles las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como aquellas que más afectan en un 30.5% (228.632), luego las del sistema nervioso en un 20.5% (154.015) y finalmente las del sistema cardiorrespiratorio y las defensas con 14.9% (112.385).

La distribución por grupos de edad muestra que los grupos de 0 a 4 años, 5 a 14 y 15 a 44 años tienen una mayor proporción de alteraciones de la voz y el habla; el grupo de 45 a 59 años de alteraciones en la digestión y el sistema cardiorrespiratorio y en los mayores de 60 años de alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio, oídos, movimiento, ojos, sistema digestivo y de la voz y habla. En relación con los determinantes sociales de la salud esta situación se encuentra supeditada a las malas condiciones de vida, las dificultades en el acceso a los servicios de salud, el bajo nivel educativo y limitadas posibilidades de empleo que agravan de manera sustancial la evolución del problema, afirmación compartida por Brigeiro [4], Sen [8] quien además lo plantea con el referente pobreza, y por Gómez Beltrán [12].

Pese a los diversos aspectos analizados por el estudio de la fundación Saldarriaga Concha, la restricción en la participación de las personas con discapacidad no fue abordada directamente, situación que resalta un vacío en el conocimiento a nivel nacional en lo que a dicha variable se refiere. Hecho que se confirma con la inexistencia de estudios nacionales en torno a la relación entre los determinantes sociales de la salud y la restricción en la participación de las personas con discapacidad.

2.1.2 Ecorregión Eje Cafetero

El eje cafetero, también llamado triángulo del café, es la región topográfica comprendida en su extensión por los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío, la región nororiental del departamento de Valle del Cauca, toda la región del suroeste de Antioquia y todo el noroccidente del Tolima. Comprende territorialmente 92 municipios, 4.1 millones de habitantes y 28.563 kilómetros cuadrados, que reconoce las identidades naturales, económicas y culturales diversas [16]. En la Figura 1 se observa la Estructura Geográfica ubicada por el Sistema Regional de Integración de la Ecorregión Eje Cafetero (Sirideec).

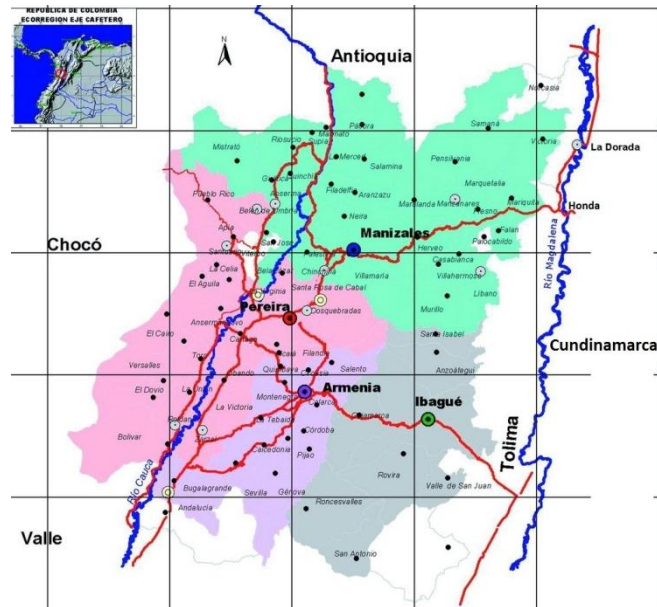


Figura 1. Mapa Ecorregión Eje cafetero. En: <http://www.sirideec.org.co/>

La ecorregión eje cafetero se trata de un sistema de áreas protegidas locales que trabajan armónicamente y contribuyen a la conservación integrada de la biodiversidad, a la generación de bienes y servicios ambientales y al bienestar de las comunidades de la región, en coherencia con los objetivos del sistema nacional de áreas protegidas (Sinap, <http://www.sirapejecafetero.org.co/sirapec/sirap-eje-cafetero/>).

El avance en la consolidación de este sistema se ha dado gracias a la unión de esfuerzos de diferentes actores institucionales, sociales, académicos y políticos en torno a un pensamiento de desarrollo regional. Esta unión de esfuerzos se consolidó con el apoyo del proyecto ecorregión eje cafetero, que articuló el sistema de áreas protegidas al modelo de desarrollo territorial.

La red de universidades públicas del eje cafetero -Red Alma Mater- [16] promueve desde el año 2002 la adopción de la agenda de desarrollo sostenible de la ecorregión eje cafetero como insumo de planeación regional para los diferentes actores públicos, privados, políticos y comunitarios. En esta Agenda, se identifica y promueve la solución de los principales problemas desde la perspectiva regional en lo económico, ambiental, social e institucional asumiendo los retos que demanda la visualización de la Ecorregión Eje cafetero en el plan nacional de desarrollo 2011–2014.

Dentro de la línea de base, con el fin de involucrar en todos sus proyectos a personas oriundas de la región, se han tenido en cuenta los datos arrojados por el censo DANE 2005[11] en materia de discapacidad para Colombia, ya que el conflicto armado ha llegado a estas regiones y causado daños serios y lesiones severas a la población [17] aumentando las tasas de discapacidad especialmente en el Quindío.

Las cifras globales de discapacidad para los tres departamentos que más territorio ocupan del eje cafetero (Caldas, Risaralda y Quindío), revelan que en Quindío hay mayor presencia de discapacidad (7.93%), seguido por Caldas (6,86%) y por último, Risaralda (6,78%) y que en los tres departamentos en el sexo masculino es predominante. En cuanto a la tasa de limitación por departamento y área de vivienda por cien habitantes, Rojas [17] señala que la mayoría de la población con discapacidad en Quindío reside en cabecera municipal (8,11%), mientras que en Risaralda (7,56%) y en Caldas (8,15%) residen en áreas rurales. Esta cifra obedece a la ubicación del departamento de Quindío en una zona en la que tiende a confluir con más intensidad la crisis social con la crisis humanitaria, en el marco de la expansión del conflicto armado interno, afirma Gómez [17]. Complementa

informando que por el desplazamiento producto de esta violencia, el asentamiento humano ha llegado de forma marcada a los centros urbanos en ese departamento.

En total 1800 familias que integran una población aproximada de 7800 personas, se encuentran desplazadas dentro del departamento del Quindío en medio de una indiferencia social e institucional que preocupa a los organismos no gubernamentales y según la Red de Solidaridad Social (s.f) citada por Gómez [17] con ausencia de recursos y proyectos de solución a largo plazo. Este departamento también presenta el mayor número de municipios con altos índices de población con limitaciones permanentes y a su vez dentro de los tres grandes departamentos del triángulo del café [17], su población es la que menos participación social tiene [15].

La dimensión socioeconómica de la agenda de desarrollo sostenible de la ecorregión eje cafetero [16], presenta inicialmente información poblacional relevante para los análisis socio-demográficos desde el nivel urbano, rural, centros poblados, municipios y departamentos con sus proyecciones al 2020. En esta información se encuentran las proyecciones por edades simples en población infantil, adolescente y juvenil, información que puede ser útil para la formulación de políticas poblacionales dirigidas a cada uno de estos grupos. Se presenta también información relacionada con población en discapacidad y grupos étnicos, que permite realizar estimaciones y producir análisis desde una perspectiva diferencial y de inclusión social.

Así, la información suministrada sobre el fenómeno de la discapacidad, contribuye a que se pueda tener una mirada diferencial del mismo, en la ecorregión. Las distinciones en términos de edad, sexo o etnia, son útiles y necesarias a la hora de la toma de decisiones. Por ejemplo, si se reconoce que los menores de edad en muchos municipios son un tercio de la población y en algunos constituyen la mitad de los habitantes de una entidad territorial, se podrá entender la importancia y la urgencia de la implementación real de las

Políticas Públicas de Infancia y Adolescencia¹, que precisamente buscan garantizar su bienestar.

Además lo anterior brinda nuevas miradas sobre calidad de vida y desarrollo en la ecorregión teniendo en cuenta las condiciones de vida y la discapacidad y el desarrollo humano, las necesidades básicas insatisfechas y la línea de pobreza e indigencia en esta población específica.

2.1.3 Discapacidad en Caldas y Manizales

En el censo de población y vivienda de 2005 [18], el departamento de Caldas reportó un total de 60.982 personas con limitaciones permanentes, censadas en hogares particulares, para una prevalencia del 6,86%. En su capital, Manizales, se obtuvo un total de 19.480 personas con discapacidad, lo que arrojó una prevalencia del 5.35%. Más adelante y según los resultados obtenidos con la aplicación del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD), 17.080 personas pertenecientes a 26 municipios se registraron a 2010, quedando pendiente para ese año, el dato del registro en el municipio de Riosucio [11].

Con los datos brindados por la Secretaría de Salud Pública de Manizales, con el apoyo de MinProtección Social y el DANE, la Alcaldía de este municipio realiza un registro poblacional para localización y caracterización de las personas en situación de discapacidad desde el año 2007 [19] y para el último día de 2008 en Manizales, según la dirección de censos y demografía del DANE [18], hay un total de 6.150 registros de personas con discapacidad.

Según la Fundación Saldarriaga Concha [15], el municipio con menor nivel de exclusión (de la fuerza laboral, del sistema educativo y de la participación en diferentes áreas) en Caldas, es Manizales con el 35,44% de personas excluidas, lo que señala que el 64,56% de

¹ La ley 1098, asume que se es niño hasta los 18 años, por ello se habla de Código de Infancia y Adolescencia, Políticas Públicas de Infancia y Adolescencia, por demanda de la Constitución Nacional.

población con discapacidad se encuentra incluido y activo, sin embargo no se conocen datos sobre aspectos puntuales de la restricción y las barreras en la participación que den pautas claras para el establecimiento de acciones de inclusión.

Para finalizar cabe resaltar entonces, que los datos que se encuentran para el eje cafetero, en especial para Manizales, no permiten por sí mismos un completo conocimiento y acercamiento a la complejidad del tema, lo que se alcanza a vislumbrar en el fondo es que el evento de la discapacidad lleva inmerso una serie de factores que marcan la diferencia entre regiones y se encuentran estrechamente relacionados, ellos tienen que ver con la manera como este colectivo vive su cotidianidad.

Los determinantes sociales de la salud en este estudio se convierten en la manera de ver la discapacidad con un análisis diferente al tradicional que proporciona una mayor información al respecto para investigaciones, políticas y normativas.

Con base en lo expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

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

2.2 JUSTIFICACIÓN

Establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad permite reconocer la relevancia que actualmente presenta el concepto de determinantes sociales y su relación directa con la discapacidad en el contexto colombiano. Para el presente informe se abordó el fenómeno en Manizales, capital del departamento de Caldas.

El presente trabajo aporta elementos que dan cuenta de la discapacidad relacionada con los determinantes sociales en la capital Caldense; los resultados podrán ser utilizados para generar nuevos proyectos y programas de intervención específicos en áreas de salud,

prevención y promoción, así como por profesionales de las ciencias sociales (sociología, trabajo social, derecho, comunicación social, psicología y antropología) interesados en la equidad, la equiparación de condiciones de vida y la igualdad de oportunidades en la participación social.

Lo útil radica en los aportes que para el establecimiento de acciones de las disciplinas de ciencias sociales se pueden y deben hacer en pro de las poblaciones con discapacidad según el estudio de los determinantes sociales en Manizales.

Lo novedoso surge a partir de la inexistencia de antecedentes investigativos regionales, nacionales e internacionales sobre discapacidad y determinantes sociales relacionados con las restricciones en la participación. Por ello es pertinente establecer la relación entre determinantes sociales en salud y los componentes de la discapacidad, como elementos que sirvan de referencia y apoyo a los comités territoriales y nacionales para la toma de decisiones, elaboración, implementación, organización y evaluación de programas a favor de las personas con discapacidad.

Si se considera la poca realización de estudios relacionados en el país que muestran la importancia de una mirada amplia de la discapacidad desde el componente social, este estudio se convierte en un aporte valioso, en tanto que la discapacidad, que ha sido tradicionalmente entendida como un asunto del campo de la salud.

Este estudio además contribuye a la generación de políticas públicas, se constituye en un estudio pionero y de referencia en discapacidad para la ciudad de Manizales con el ánimo de fortalecer los procesos de intervención interdisciplinar.

Este tema exige ser fortalecido con el fin de buscar la manera de mejorar las condiciones de vida y de salud de esta población, promocionando ambientes y estilos de vida saludables y previniendo así el deterioro a que puede conllevar la discapacidad. Todo ello encaminado a que los actores directamente involucrados lideren acciones que reorienten políticas que permitan dar respuestas positivas a los determinantes sociales de la salud con un enfoque

holístico e intersectorial que involucre a los grupos objetivo en planes de participación social.

Es un estudio que aporta con nueva mirada sobre la discapacidad, elementos valiosos para la línea de investigación Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la salud del grupo investigador cuerpo y movimiento de la UAM y fortalece en una perspectiva interdisciplinar el objeto de estudio de la maestría en discapacidad, vinculando las ciencias sociales y humanas a la ciencia de la salud que por lo general ha asumido el estudio de la discapacidad; por ello los resultados de este proyecto benefician a la comunidad académica, a las personas con discapacidad y a la sociedad en general.

3. CONDICIONES DE FACTIBILIDAD

Esta investigación no requirió de materiales o equipos costosos o de difícil consecución, se contó con la participación voluntaria de la secretaría de salud pública del municipio, que facilitó el acceso a la base de datos del registro DANE de discapacidad de la ciudad de Manizales [19]. Desde el punto de vista humano participaron docentes investigadores expertos en aspectos teóricos, metodológicos, estadísticos y de sistematización de la información.

Desde el punto de vista ético, la investigación cumple con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial [20] no se realizó ningún procedimiento que atentara contra la integridad física y moral de las personas, se usó el cuestionario digital de la base de datos del registro actual de localización y caracterización de las personas con discapacidad de Manizales. Para ello, la Secretaría de Salud de Manizales invitada a participar en el estudio a través de comunicación escrita, facilitó la base de datos correspondiente. En dicha comunicación se dejó claro que los datos serían utilizados para el proceso investigativo.

De acuerdo a la resolución 008430, Artículo 11, del ministerio de salud, el presente estudio se consideró como “investigación con riesgo mínimo” [21]. La información recogida se usó solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas. Si bien es claro que en el formato del registro establecido por el DANE se encuentra una reserva estadística (ley 79 de 2005) en la actualidad son las secretarías de salud las responsables de hacer la actualización del registro y su respectivo análisis por tanto es potestad de estas instituciones conceder la autorización para el manejo con fines investigativos de dichas bases de datos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad de las personas inscritas en el registro para la localización y caracterización de la discapacidad, de la ciudad de Manizales (Colombia).

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer los determinantes sociales de la salud estructurales de las personas inscritas en el registro para la localización y caracterización de la discapacidad del municipio de Manizales.
2. Identificar los determinantes sociales de la salud intermedios de las personas inscritas en el registro para la localización y caracterización de la discapacidad del municipio de Manizales.
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 CIF.
4. Establecer las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y los componentes de la discapacidad de los participantes en el estudio.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El concepto de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos [1].

Los determinantes sociales 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 que también crean desigualdades en salud* [23]. Así mismo son definidos como *las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud*. También se ha definido como la interacción del modo de vida, las condiciones de vida (atención médica y características sociales) y los estilos de vida (saludables o no) con los perfiles de los problemas de salud de los individuos (componente genético-biológico) que determinan la salud de las poblaciones [24].

Todas esas condiciones a las que se hace referencia han sido divididas en dos grupos de determinantes, los determinantes sociales “estructurales” y los determinantes sociales “intermediarios o intermedios”. Los primeros hacen referencia a la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, nivel educativo, e incluye la relaciones de sexo y de grupo étnico; están influenciados por un contexto sociopolítico que incluye tipo de gobierno, políticas diversas, cultura y valores sociales. Los determinantes sociales “intermediarios o intermedios” incluyen aquellos elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, tipo de servicio de salud, nivel de ingreso, etc.), estos al ser distintos en la población, generan impacto en la equidad en salud y en el bienestar, pues otorgan una posición socioeconómica diversa, en la que el que más tiene a nivel económico, mas bienestar tiene también, en general, pues vive mejor [24].

Los determinantes sociales de la salud, estructurales e intermediarios, 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 [25]. “Por centrar su interés en las diferencias en condiciones de salud entre los estratos sociales, el campo de conocimiento de los determinantes sociales y económicos tiene como fundamento el análisis de las inequidades, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas”, afirma Álvarez Castaño [26] citando a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) [2]. Surge entonces la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales, y para este estudio en particular, cómo esas desigualdades están directamente relacionadas con el estado de discapacidad.

Uno de los conceptos más importantes, según la OMS [25] es el expresado por Lalonde (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, destacando así discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes [25].

Las interacciones entre las condiciones sociales que son determinantes para la salud [25], quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead [27]. Este modelo presenta los principales determinantes de la salud como capas de influencia (Figura 2), en el que se ubica en el centro el individuo y los factores constitucionales que afectan 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 de la promoción en salud desde hace décadas.



Figura 2. Fuente: MODELO SOCIOECONOMICO DE SALUD. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Stockholm. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991

Ávila-Agüero [28] anota que mediante el diagrama se estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública. Al inicio se le atribuyó una mayor importancia al medio ambiente y al estilo de vida. Posteriormente la mayor importancia recayó en el sistema de asistencia sanitaria, sin embargo -aclaran- hoy se sabe que la salud no sólo se mejora y se mantiene teniendo sistemas de atención de la enfermedad.

No obstante, 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 representa entonces, las interacciones entre los factores.

Sen [8], miembro de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la OMS, desde su creación en 2004, señala 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” [8].

Se tendría 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 último, los factores biológicos (que incluyen los genéticos). Un determinante importante en esta esfera intermedia (entre factores conductuales y biológicos) 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 DSS influirían en la salud y la enfermedad de los individuos [29].

Álvarez Castaño [26], se pregunta en relación con el gradiente de salud ¿A través de qué vías las inequidades sociales producen las enfermedades? Para esto propone que la autopercepción de las personas con respecto al lugar que ocupan en la jerarquía social, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud, así pues, las personas perciben que son marginadas, poco tenidas en cuenta en la vida social cotidiana y en el engranaje social, además de ver la constante inequidad en trabajos, sueldos y salarios y participación. Continúa diciendo: “La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés, ya que se generan en algunos grupos sociales sentimientos de minusvalía y autodesprecio”. Así, estas sociedades desiguales rompen los vínculos y redes sociales, lo que conlleva un factor más de deterioro para la salud, convirtiéndose todo esto en aspectos determinantes para la salud y que abren paso también para las discapacidades en muchos casos.

También plantea la misma autora, que el problema se origina en la distribución desigual de los factores psicosociales, en particular de la falta de redes de apoyo y los eventos traumáticos en la vida, en ambos casos en detrimento de los grupos más pobres. La teoría psicosocial, que Álvarez Castaño [26] revisa y atiende, apoya su tesis en el hecho de que las sociedades más cohesionadas socialmente, con mayores niveles de participación social y política, con estructuras estatales y redes sociales de apoyo presentan unos mejores niveles de salud, independiente de su ingreso per cápita. Todo ello está contenido en la propuesta de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud [8].

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, como lo afirma la OMS [25], 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

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, aspectos laborales y disponibilidad de alimentos, ingreso, etc. [25].

En esta perspectiva el planteamiento hecho por la comisión de la OMS sobre determinantes sociales en salud [29] señala que 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 vulnerabilidades², 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 [27].

El aumento de las desigualdades sociales entre regiones, países y estratos tiene su expresión en las condiciones de salud. Por ejemplo, la expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de 34 años, y en Japón es de 81,9; la probabilidad de que una persona muera entre las edades de 15 y 60 años es de 8,3 % en Suecia, 46,4% en Rusia y 90,2 % en Lesotho, y la expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo [29].

Lo que realmente se distribuye de manera desigual en la sociedad son los hábitos de vida que atentan contra la salud, y éstos son más prevalentes a medida que decrece en el estatus socioeconómico[30]. Esta mirada está respaldada con un volumen considerable de evidencia que muestra cómo en la mayor parte de las sociedades occidentales las personas más pobres asumen conductas de riesgo para su salud en mayor proporción que las de estratos superiores [25,27,30].

De allí la importancia de tener en cuenta los aspectos sociales referidos a lo largo de este escrito, como por ejemplo pobreza, marginalidad y desventaja social, con los presupuestos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF - [31] con respecto a la interrelación entre los factores personales de los individuos y los factores contextuales, que por diferentes situaciones pueden derivar en afectación de la salud y derivar en discapacidades.

² Para Sen [8] vulnerabilidad implica debilidad, fragilidad, posibilidad de ser herido. El autor considera que se trata de una característica humana constituyente, pues sin vulnerabilidad humana, no hay ser humano. Es el fundamento de la apertura al otro, de reconocer al otro y la demanda ética que presenta. Desafía a cualquier sistema político, económico y social que no respete y promueva la persona humana tal como es.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud [31]. Fernández-López et al [22] resume así: “Es una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Abarca tres componentes esenciales: funciones corporales/estructuras, actividad y participación, integrados bajo los términos “funcionamiento“ y “discapacidad“, que dependen de la condición de salud y de su interacción con factores contextuales. Se la denomina habitualmente Clasificación del Funcionamiento porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo funcionamiento como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la discapacidad como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación”.

Así, cuando en el individuo se presenta una falla en estructura o en función, se hablaría de deficiencia que limita actividades y restringe participación, además la existencia de un contexto con barreras físicas y actitudinales además de unos condicionantes de personalidad poco favorables que impliquen conductas de riesgo se hace más próxima la posibilidad de tener una discapacidad.

A la luz de la perspectiva canadiense, Mikkonen y Raphael [32], la influencia de los determinantes sociales de la salud sobre la discapacidad, se podría explicar por los siguientes factores :

1. Ingreso y nivel social: La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos. Los ingresos más altos determinan condiciones como vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos.
2. Redes de apoyo social: El apoyo de los amigos, las familias y las comunidades se asocian con una mejor salud.
3. Educación: La situación de salud mejora con el nivel de educación. La educación aumenta oportunidades de ingresos y seguridad en el trabajo.

4. Empleo y condición de trabajo: El desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente. Las personas que tienen más control sobre las condiciones laborales son más sanas y con frecuencia viven más tiempo.

5. Entornos sociales: El conjunto de valores y normas de una sociedad influye de diferentes maneras en la salud y el bien estar de los individuos y las poblaciones. Además la estabilidad social, el reconocimiento a la diversidad, la seguridad y las buenas relaciones del trabajo y comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud.

6. Entornos físicos: 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.

7. Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación: Los entornos sociales permiten y respaldan estilos de vida saludables, así como los conocimientos, las intenciones, los comportamientos, los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida saludable son influencias claves en la salud.

8. 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.

9. Servicios de salud: en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades, restituir la salud y el funcionamiento contribuyen a la salud de la población.

10. Género: Se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencias relativas que la sociedad atribuye a los dos sexos de una manera bidireccional. Medidas para mejorar la inequidad de género mejoran la salud de la población.

11. Cultura: Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores

culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones como marginación, estigmatización, la pérdida del valor del idioma o la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y los servicios culturalmente aceptados [32].

La publicación de Mikkonen y Raphael [32] ha demostrado que la percepción del propio estado de salud que hace una persona es un factor fiable de predicción sobre los problemas de salud y que a su vez la percepción que las personas tienen de su estado de salud está vinculada a su nivel de ingreso. Para este caso de Canadá, el 47% de los adultos con ingresos más bajos calificó su salud como excelente o muy buena y el 21% la describió como regular o mala. Entre los canadienses del nivel de ingresos más alto, las cifras fueron de 73% (como excelente) y 5% (como regular o mala), respectivamente. Esto es, los que vivían en los hogares de ingresos más bajos tenían una tendencia cuatro veces mayor a describir su salud como regular o mala que aquellos que vivían en los hogares con ingresos más altos [32].

En Colombia la investigación desarrollada por Rodríguez [33] sobre “Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia”, demostró el papel fundamental de algunos determinantes sociales y económicos como el nivel educativo, los ingresos, la región, la zona donde se habita (urbana o rural) sobre la salud, el acceso a los servicios y la auto-percepción del estado de salud, aspectos que también fueron señalados por Ávila-Agüero [28] como hallazgos de sus estudios. El objetivo propuesto por Rodríguez [33] fue establecer los determinantes del acceso a los servicios de salud para la población colombiana utilizando la Encuesta de Calidad de Vida 2008. Con los datos compilados por el DANE en la Encuesta -ECV - (2008), cuantificó y caracterizó las condiciones de vida de pobres y no pobres, comprendiendo también el fenómeno de la pobreza, incluyendo variables relacionadas con vivienda, servicios públicos y número de miembros en el hogar (y su situación en educación, salud, cuidado de niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos), tenencia de bienes y percepción sobre las condiciones de vida. Con esta base de datos, la investigadora se analizó también los determinantes socioeconómicos del acceso y utilización de los servicios de salud para la población afiliada a la seguridad social en Colombia según género y edad.

Rodríguez [33] encontró que en términos de género la probabilidad de presentar un problema de salud es más alto para las mujeres que para los hombres, con una probabilidad asociada del 1.18% de presentar un problema de salud (confirmando el autor, algunas posturas teóricas sobre la mayor tendencia de las mujeres a presentar o reportar sus problemas de salud). Aun cuando la variable edad no es significativa se muestra que al aumentar la edad aumenta la probabilidad de presentar un problema de salud. Su estudio también demostró que a pesar de que el 43% de la población presentó una necesidad de atención en salud no accedió al servicio pues son no afiliados, lo que claramente señala que la población sin seguro es la más vulnerable ante la presencia de un problema de salud. Demostró así, el papel fundamental de algunos determinantes sociales y económicos en el estado de salud.

Wilkinson y Marmot [34] también 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 seguridad social, la adicción, la alimentación, el transporte, como los que tienen la mayor posibilidad de explicar los niveles de salud de una población.

Borrel [35] 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 [36]. Principios contruidos sobre propuestas de 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, como el presente estudio se propone hacerlo y el macroproyecto al que pertenece. Los principios retomados por Borrel [35] son:

1. Adoptar un compromiso sobre el valor de la equidad. La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente [37,38]. El valor de investigar sobre desigualdades en salud es que las desigualdades que hay entre sociedades y en una misma sociedad 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 investigativo.

2. Utilizar una aproximación basada en la evidencia. Ello es importante tanto para avanzar en la investigación como para poner en marcha intervenciones. La medicina basada en la evidencia ha sentado las bases para recoger la mejor evidencia empírica cuantitativa. Sin embargo, también es interesante utilizar aproximaciones cualitativas. Dixon-Woods et al [39], han revisado y criticado una selección de estrategias para la síntesis de evidencia, incluyendo técnicas que son en gran parte cualitativas e interpretativas.

3. Utilizar metodologías diversas. La investigación sobre desigualdades en salud se debe abordar utilizando las metodologías necesarias para responder a las preguntas formuladas, lo que implica utilizar diversidad de métodos y disciplinas. A menudo, para entender los procesos que generan y reproducen las desigualdades en salud será necesario ir más allá de las metodologías cuantitativas, habitualmente más empleadas en epidemiología social, y usar metodologías cualitativas que permitan profundizar en ellos. Por otro lado, personas procedentes de distintas disciplinas, como por ejemplo la sociología, la política, la antropología, la historia o la economía, deben formar parte de los equipos de investigación junto con los profesionales de la salud [40]. Las desigualdades en salud se han descrito siguiendo tres aproximaciones [41]: 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, por lo que debería enfatizarse el primer enfoque [42].

4. Comprometerse a intentar identificarlos mecanismos causales de cómo operan las desigualdades en salud. Tal como se ha comentado en el apartado anterior, hay distintos modelos que explican estos mecanismos causales. Debe explicitarse el modelo causal que se está utilizando.

5. Describir adecuadamente las estructuras y las dinámicas sociales. Se deben tener en cuenta los distintos ejes de desigualdad existentes, como el sexo, la raza o la clase social, los cuales tienen en común que: a) son contextuales y dinámicos, y a que cambian a lo largo de la historia y en distintos contextos; b) son construcciones sociales y no biológicas; c) son sistemas que implican relaciones de poder y dominación (un grupo ejerce el poder sobre otro, lo que hace que los distintos grupos tengan intereses no sólo opuestos sino antagónicos); d) tienen sentido tanto a nivel estructural o macro (de la sociedad) como a nivel psicosocial o micro (referido a las personas en su vida diaria), y e) se expresan simultáneamente tanto en la sociedad como en el individuo, ya que cada persona está localizada en cada una de las dimensiones o ejes [43,44].

La mayoría de investigaciones tienen valores políticos y por ello, es necesario tener en cuenta que algunos sesgos políticos pueden afectarlas. En este caso se hace relevante tener en cuenta ese aspecto, ya que estudiar sobre salud y discapacidad es a la vez asumir toda una serie de políticas públicas estatales sobre las inequidades sociales y por algunos intereses particulares se pueden viciar y limitar las investigaciones [45] y sus resultados, lo que puede haber repercutido en algunos de los antecedentes que se han tratado en el presente documento.

En el ámbito investigativo y teniendo en cuenta lo anterior, se resalta cómo 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 (The National Action Plan on Reducing Socioeconomic Health Inequalities, Phase I 2004-2006) 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 [46]. También se destaca la investigación con el

mismo corte político, adelantada por el National Institute for Health Research, del Reino Unido, realizada en el año 2008, en la cual se implementó un programa de investigación sobre intervenciones no sanitarias para mejorar la salud y disminuir las desigualdades en salud [47].

Para profundizar y esclarecer las necesidades en salud y las consideraciones que las propias personas tienen de su estado de salud, son varios los estudios que se han desarrollado con base en Encuestas de Salud de la Población, para Rodríguez-Blas [48] estas permiten obtener información del estado de salud de la población y relacionar morbilidad, utilización de servicios sanitarios y hábitos de vida entre sí y con determinadas características Sociodemográficas y geográficas, por lo que son útiles para poner en evidencia diferencias y desigualdades en el estado de salud y/o asistencia sanitaria entre grupos sociales. Además ofrecen un enfoque multidimensional del fenómeno salud, ya que, generalmente, recogen información sobre la autovaloración de la salud (indicador global del estado de salud), la incapacidad (indicador del impacto de la enfermedad en la población) y la calidad de vida relacionada con la salud (indicador de las consecuencias de la enfermedad sobre la movilidad física, la función social, el bienestar emocional, la salud mental y el bienestar general) [48].

Otro aspecto importante que tienen en cuenta es la producción social de salud (según ubicación socio-económica), aspecto 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” [49]. Por medio de un análisis de regresión múltiple de datos de la Encuesta Nacional de Salud de la Población de Canadá realizada en 1994, en las que utilizaron el estado de salud subjetiva y el Health Utilities Index (una medida del estado de salud funcional), se encontró 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, hallaron diferencias estadísticamente significativas en los factores que predicen la salud de mujeres y hombres [50]. Basadas en el género, las desigualdades en salud se explican por factores de vulnerabilidad diferencial a las fuerzas sociales entre hombres y mujeres.

Los datos derivados del Estudio Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) de 2001 [51] revelan que entre las personas de 60 años y más, una mayor proporción de mujeres que de hombres informa tener limitaciones en sus actividades de la vida diaria (como comer, bañarse, caminar, usar el inodoro, 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%).

Además es importante considerar cómo la igualdad y la equidad derivan de la ausencia de diferencias en salud, injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente [50] y 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 [2].

Sobre esto, 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 [52]. Sobre los informes que indican el nivel de salud y discapacidad de las mujeres en el mundo, algunas estimaciones de la OMS sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, pueden esperar vivir más años con discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres [34]. En resultados del estudio, sobre Género y Pobreza, de Salgado y Wong [52], las mujeres se encuentran vulnerables por su relativamente bajo nivel educativo, poca participación en actividades económicas a lo largo de su vida, falta de la pareja durante la vejez y la pérdida económica y de protección institucional que ello puede representar. Para los hombres, la trayectoria de vida en general se resume como de alta participación en actividades económicas, relativamente poca interacción con una red social y familiar, y poca familiaridad con el sistema de salud. Estas dos trayectorias implican una problemática diferente para ambos sexos en la vejez, por lo que las acciones públicas deben dirigirse a hombres y mujeres con énfasis diferentes [52].

Entonces, se reconoce cómo, los determinantes económicos, sociales, políticos y culturales influyen en la manera en que las mujeres envejecen con consecuencias inimaginables para su salud y calidad de vida, situación que se traduce en el incremento de costos a los sistemas de salud. Sin embargo, la situación de los hombres en países en desarrollo no es menos delicada, ya que las precarias condiciones laborales y las largas y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida implican también riesgo de discapacidad [35].

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. Cabe señalar que se han identificado como factores intermediarios: los bienes materiales, los hábitos de vida, los factores psicosociales y los biológicos [2].

Resulta importante también resaltar, aunado a lo anterior, como lo señalan Lip y Rocabado [53], que la variación en las necesidades de las personas y de los grupos sociales, en el campo sanitario pueden derivar de una edad avanzada (por ejemplo, la incapacidad por edad de atender su cuidado personal), de los roles que la sociedad atribuye a los géneros (por ejemplo, la triple carga de trabajo de las mujeres y la violencia familiar contra las mujeres), del lugar donde se reside o trabaja (p.ej., la falta de transporte adecuado hacia los servicios de salud, la mayor cantidad de radiación solar y la gran hipoxia a la que están expuestos los habitantes de las grandes alturas, la inseguridad y la violencia en las grandes ciudades, etc.), la situación epidemiológica (p.ej., las enfermedades endémicas en una región o en una importante parte del país), y de otros factores sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control.

Diversos estudios han ido proveyendo a los tomadores de decisiones de políticas de salud de un creciente cúmulo de evidencias acerca de la importancia de los determinantes clave que influyen sobre la salud de la población [34,53]. Entre éstos se encuentran el ingreso y posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de

trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y la constitución genética, el desarrollo desde la niñez hasta la vejez y los servicios de salud. Todos estos determinantes son importantes en sí mismos, y al mismo tiempo están interrelacionados[32].

5.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS.

A la luz de la teoría general de los sistemas, Lip y Rocabado [53], señalan la forma ideal de estudiar los Determinantes sociales de la salud basados en que al descomponer analíticamente un sistema en sus elementos para entenderlo y explicarlo, se descompone también el sistema. Los mismos autores citando a Morin (1997) señalan al respecto que desde la perspectiva de las ciencias sociales, los individuos constituyen el nivel más bajo, le siguen las familias y otros subsistemas sociales de diversos tamaños, continúan citando textualmente que “ Un mismo individuo pertenece a varios subsistemas (en sentido de la physis que incluye lo biológico, él mismo es un sistema –o subsistema), lo cual significa que se requiere trabajar con ordenaciones paralelas de niveles, en que el orden de éstos está determinado por la composición de las cosas involucradas” [53].

Es usual que en las ciencias sociales se divida la sociedad en dos niveles: micro y macro. Se asigna sin embargo, a los grupos sociales, uno intermedio, el nivel meso. Se reconoce, entonces, un esquema de tres niveles: micro, meso y macro. Sin embargo, dependiendo de la complejidad del problema en cuestión y de la complejidad explicativa que se pretenda, puede ser necesario utilizar niveles adicionales de organización, por ejemplo, pico, nano, mega y giga, además de los ya mencionados micro, meso y macro [53].

Según Lip y Rocabado [53], estas distinciones de niveles se hacen imprescindibles como marco de trabajo al estudiar los determinantes sociales, debido a que ayudan a caracterizar y explicar los hechos sociales, sea en la modalidad «de abajo hacia arriba» (ascendente) o «de arriba hacia abajo» (descendente).

Mientras los niveles más altos (macro) revelan regularidades masivas, los niveles más bajos (micro) revelan una gran cantidad de detalles. Los mismos autores plantean que “metafóricamente puede afirmarse que para comprender la salud y la sociedad, los dos son claves. El primero coloca a los individuos (y grupos) en contexto y el segundo apunta a las fuentes de los rasgos estructurales. Ambos movimientos (ascendente y descendente) son paralelos y mutuamente complementarios; ninguno de ellos es final” [53].

Comprender la salud de un grupo poblacional requiere un abordaje de la misma desde la perspectiva sistémica de la salud, esto implica relacionar tres espacios: a) singular, individual o microsistema, b) particular, subsistemas o mesosistema, y c) general o macrosistema, lo que sugiere que esquemáticamente la sociedad puede representarse como una red social de tres niveles, en la cual es imposible desvincular las relaciones de sus elementos relacionados: los componentes del sistema se presentan como relacionados.

Así, para los intereses de la presente investigación este abordaje de la perspectiva ecosistémica se constituyó en un gran aporte pues, como ya se ha explicado, la salud de los grupos sociales está determinada por factores y hechos de los espacios general e individual, y también, está determinada por la interrelación del grupo estudiado con los otros grupos sociales. Hay, entonces, una triple determinación. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud.

En el estudio sobre los determinantes sociales de la salud en Perú, desarrollado por el ministerio de salud y publicado en 2005 [53] se cuestionan sobre qué tipo de personas tienen mejor salud, se responden: «La gente que ocupa las posiciones sociales más altas vive más tiempo. Entre tanto, además, goza de mejor salud». Esta relación persiste, independientemente del género, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud [32].

Retomando la afirmación de que a mayor nivel de pobreza mayores probabilidades de enfermar hay, en Perú las condiciones sociales para el adecuado desarrollo de niños sanos son escasas para las grandes mayorías [53] . La mayor parte de los pobres son niños y la mayor parte de los niños son pobres. El 14,8% de los pobres son niños menores de 5 años de edad. En la sierra rural peruana, donde viven aproximadamente 5 millones de personas, 68% de ellas son pobres y casi 32% son pobres extremos. En este ámbito, el 74% de los niños son pobres y 37% son extremadamente pobres (UNICEF, 2001). Esto se corrobora con los datos arrojados por el total de establecimientos dependientes del ministerio de Salud que indican que en el año 2000, el 46,2% de los consultantes eran no pobres, el 40,2% eran pobres no extremos y el 13,6% pobres extremos. (OPS/MINSA, 2003) [53].

La ausencia o insuficiencia de recursos económicos fue la razón mencionada por la gran mayoría de los entrevistados peruanos (74,3% en 1997 y 82,2% en el 2000) que no pudieron consultar a un servicio de salud pese a autoperibirse como enfermos (OPS/MINSA, 2003). Existe, entonces, una clara relación entre el nivel de pobreza y el de utilización de los servicios de salud. Por un lado, la utilización entre los más pobres ha variado entre 27,8% en 1985 y 40,5% en el año 2000. Por el otro lado, en quienes tienen mayor ingreso la variación ha sido desde 49,8% hasta 66,7%, en los años mencionados (OPS/MINSA, 2003: 17). Si bien ha aumentado la utilización de los servicios en todos los grupos, la mayor utilización sigue correspondiendo a los no pobres [53].

5.3 DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

Tradicionalmente la salud y la discapacidad se han definido como conceptos excluyentes. Así, a discapacidad se entendía como un estado que empieza donde termina la salud, pasando entonces a constituir una categoría separada (modelo biomédico). En este punto la CIF supone un cambio conceptual radicalmente distinto. Asume que todos podemos experimentar en un momento determinado de nuestra vida un deterioro de la salud y, por

tanto, un cierto grado de discapacidad [22]. Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales (modelo biopsicosocial) señala Fernández-López et al. [22].

Según la CIF [31], el término discapacidad incluye déficits en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, así, este término indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales), siendo la interacción positiva la que corresponde a término funcionamiento, con esto se da paso a la comprensión de la discapacidad como un fenómeno que puede tener un carácter situacional, dado que depende de la interacción ya mencionada. Esta comprensión, si bien está amparada en la CIF, parte de la base del modelo biopsicosocial [31] pues es una perspectiva corporal, individual y social.

La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus variaciones, así como la relación del contexto; brinda 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; el abordaje de lo individual hasta llegar a lo social, es decir actividades y participación, limitación en las actividades y restricción de la participación en la sociedad.

Funciones corporales se refieren a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas; y las estructuras corporales son las partes anatómicas o estructuras del cuerpo como órganos y miembros. Es decir, proporciona información sobre el estado funcional del individuo en lo referente a las partes anatómicas y fisiológicas del cuerpo. Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida, pueden ser temporales o permanentes, progresivas, regresivas o estáticas, intermitentes o continuas. Por otro lado, las actividades y la participación son los aspectos relacionados con el funcionamiento

humano desde una perspectiva tanto individual como social. Por actividad se entiende la realización de una tarea o acción por una persona, implica una perspectiva individual en un contexto normalizado y por participación se entiende 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 género, la raza, la edad, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, la educación, la profesión, experiencias actuales y pasadas, comportamiento, personalidad, espiritualidad, entre otros [31].

Sobre lo anterior, Brandt y Pope [3] señalan que la Organización Mundial de la Salud (2001) y el instituto de medicina de los Estados Unidos - IOM - (1997) afirman que toda dimensión de discapacidad es analizada en términos de una interacción entre el individuo y el ambiente social y físico. La persona, en este sentido, se encuentra en constante relación con el ambiente físico material y ambientes sociales que incluyen elementos de política y economía que, de acuerdo con su naturaleza, pueden interferir en sus procesos de participación social.

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) [11] y a partir de este registro se han realizado procesos investigativos que intentan hacer una mirada y abordaje a la discapacidad.

Cruz-Velandia y Hernández-Jaramillo [54], realizaron un estudio cuya finalidad era la formulación de un Índice de Discapacidad Humana, que permitiera conocer la dimensión y el impacto de la discapacidad en Colombia, para ello plantearon una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF [31] con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad entre dichos factores. Este estudio muestra 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 al DANE, como la entidad que tiene la mejor información disponible en discapacidad para Colombia [11,14].

En cuanto a los estudios sobre determinantes sociales y discapacidad, en Australia [55] se ha planteado que la discapacidad surge cuando las personas con discapacidad se enfrentan a las condiciones sociales o del medio ambiente, estableciendo así que la discapacidad es una resultante de la operación de desactivación y discriminación desde las condiciones culturales, sociales y ambientales.

Dicha problemática es resultado de una combinación de factores que varían en importancia en todo el ciclo vital y entre las naciones. En los niños pequeños por ejemplo, los gradientes sociales principalmente reflejan los efectos de la exposición socialmente condicionada, incluyendo los que operan a través del medio fetal, con el material y los riesgos psicosociales (condiciones de vivienda pobres, nutrientes por las dietas, la inseguridad económica familiar entre otros) que pueden dar lugar a condiciones de salud asociadas con

discapacidad [34,51,53]. En la infancia, estos gradientes pueden ser exacerbados por el impacto de los costos directos e indirectos asociados al cuidado de una persona discapacitada. En la edad adulta, la exclusión de las personas con discapacidad está referida a la mano de obra laboral, - bienestar y políticas - que influyen poderosamente las tasas de empleo de los adultos discapacitados [12,54].

Sin embargo, algunas iniciativas de la salud pública [55] para abordar las desigualdades en salud muestran resultados de investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad. Dentro de este ámbito, la discapacidad es tratada como sinónimo de estado de salud, en lugar de entenderse en el contexto de la gama de condiciones sociales y ambientales como factores que sirven a las personas con discapacidad. Es así como, para Emerson et al [55] el éxito en el alcance de los objetivos de desarrollo de las políticas de la salud pública dependerá en gran medida de la atención de las necesidades y el contexto, 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 [55].

Lo anterior demanda acciones concretas en los cuatro puntos de entrada identificados por Diderichsen et al [56] 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 del afrontamiento de las personas con discapacidad), y dirección de consecuencias diferenciales (por ejemplo, asegurando que todas las personas con discapacidad tienen igualdad de acceso a una atención sanitaria eficaz).

En Canadá se buscó identificar los factores asociados con la salud, con auto-calificación de las personas con y sin enfermedades crónicas o discapacidad a largo plazo [57] 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. Este estudio desarrollado antes de la publicación de la CIF en el 2001, ya daba indicadores de componentes de salud

y discapacidad importantes desde la autopercepción y como base para las políticas de salud pública. 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 hallazgos de este estudio de Cott et al [57] señalan que las variables relacionadas con las enfermedades se asocian con la mala salud, con aportes pequeños pero significativos de factores demográficos y de estilo de vida.

Según Evans et al [58], en un importante número de estudios de muchos países, se ha mostrado la existencia de correlación entre la esperanza de vida y la frecuencia de otros indicadores de salud con indicadores de estatus social, tales como ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, etc. Similar planteamiento hace Wilkinson [34]. El mismo Evans indica que en estudios de Wilkinson y Marmot [34] y de Marmot et al [42] se demostró perfectamente que «la correlación entre el estatus socioeconómico y salud se halla en perfecta forma» [58].

Lo planteado por Evans [58] se evidencia también en el estudio del economista Andrés Zambrano [59] titulado “Determinantes del estado de salud en Colombia y su impacto según área urbana y rural: una comparación entre 1997 y 2003”, el investigador propone que el vínculo que existe entre las inversiones y demandas en salud y el nivel de ganancias del individuo son proporcionales a su estado de salud real. Usando las Encuestas de Calidad de Vida de esos dos años, los resultados revelan diferencias importantes entre el impacto de las variables en la zona rural y la urbana. El gasto per cápita tiene efectos positivos sobre el estado de salud, siendo este efecto mayor en el 2003 y en zonas rurales. Para Zambrano [59] la recesión más grande de Colombia en esos años, ha llevado a que la salud de las personas que viven en zonas rurales dependa más del sistema de seguridad social. La educación se revela como uno de los principales mecanismos para aumentar el nivel de salud. La violencia en las zonas geográficas ha llevado a disminuir el estado de salud de las personas [59], como es el caso presentado en la ecorregión del eje cafetero, específicamente para el departamento de Quindío[17].

Dentro de las conclusiones que ellos mencionan se encuentra una relacionada con Desarrollo Regional y es el hecho de que invitan a reflexionar en torno a “una política de crecimiento económico que reduzca las inequidades en la distribución del ingreso entre la zona rural y urbana llevaría a mejores niveles de salud de la población” [59], ya que “las diferencias regionales en el impacto que tienen sobre la salud de los individuos son inmensas. Existe necesidad de crear políticas públicas de salubridad en regiones como la Pacífica, la Orinoquía y la Oriental. La focalización de los subsidios, reconociendo las diferencias regionales y las diferencias entre las áreas, es importante para lograr impactos positivos en la salud y eliminar las brechas regionales en salud” [59].

En otro estudio, Hernández y Hernández [60] utilizaron los valores absolutos y porcentuales de la distribución de la discapacidad en la población colombiana usando los datos de tres fuentes oficiales de 1981 a 2003. Se seleccionaron las variables: edad, educación, trabajo, estrato socioeconómico, ingresos y dependencia. Demostraron la relación de dependencia que existe entre la pobreza y la discapacidad haciendo un análisis de los registros de los hogares que refirieron tener personas con limitaciones permanentes para trabajar, tanto del total nacional como por regiones y áreas. Así, de un total de 11'194.108 hogares, 11,7% correspondió a hogares con personas con dificultades permanentes para trabajar ($n=1.310.458$) y de ellos, un 19,5% fue clasificado como hogar pobre ($n=255.686$). De esta manera, el ejercicio estadístico puso de manifiesto que el porcentaje de personas con discapacidad en la población calificada como pobre es el doble, con respecto a la población total. La diferencia en la proporción de personas con dificultades permanentes entre pobres y no pobres es estadísticamente. Un cálculo del riesgo relativo de discapacidad si se clasifica como pobre, revela que el riesgo relativo (RR) es 1,2 veces mayor que si no se clasifica como tal (RR para discapacidad si se clasifica como pobre 0,113, RR si no se clasifica como pobre 0,136).

El análisis de resultados [60] estableció que la vulnerabilidad debida a la discapacidad es diferente según: 1. El género: con mayor impacto en hombres; 2. La edad: mayor impacto para los grupos de mayor edad y en los tres últimos años (2000-2003), mayor en el grupo de 25 a 55 años en riesgo potencial de discapacidad; 3. El área: mayor en áreas rurales y, 4.

El nivel socioeconómico: las personas en condición de discapacidad (PCD) pertenecen a los estratos más bajos. El perfil de ellas se caracteriza por tener bajo nivel educativo, percibir y vivir con menos de un salario mínimo mensual, estar desempleadas, ubicarse en los estratos uno y dos, hacer parte de los hogares calificados como pobres, ser varones y vivir en el área rural.

Tovar y García [61], investigan sobre la situación del sistema de salud en Colombia, con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV), realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE, en el año 2003, en que se indagó por la situación de los niveles de vida de la población, haciendo énfasis en lo referente a la vivienda, el equipamiento de los hogares, la salud, la educación, el trabajo, las mediciones de la pobreza y las condiciones de vida.

Mediante un análisis multivariado para conocer los factores determinantes del estado de salud de los Colombianos a partir de los datos obtenidos por dicha encuesta, presentan los resultados de su investigación sobre estimación econométrica del stock de salud. Se empleó una muestra representativa tanto nacional como regionalmente, de 85.150 individuos, cuya variable independiente fue estado de salud. Como variables dependientes estaban: ingreso, edad, ejercicio físico, género, lugar de vivienda (rural o urbana), nivel educativo, región (Atlántica, Central, Pacífica, Bogotá, Antioquia, Valle, San Andrés o Providencia, Oriental y Orinoquía y Amazonía), actividad laboral y afiliación al SGSSS.

El estudio [61] muestra que existe una relación positiva entre el ingreso promedio del hogar y los mejores estados de salud. Así, la probabilidad de que una persona demande más salud cuando el ingreso promedio aumenta es mucho menor. Igualmente, este estudio encontró que la probabilidad de tener un buen estado de salud aumenta en el género masculino y disminuye en el femenino, y que, a medida que aumenta la edad las personas tenían menos probabilidades de percibir su estado de salud como muy bueno, aunado a ello, los hallazgos de este estudio indican que cuando aumenta el nivel educativo aumenta la probabilidad de que las personas perciban su estado de salud como muy bueno.

También pudo conocerse que existe una relación positiva entre el estado de salud y el ejercicio física. Tovar y García [61], hallaron que las personas que tienen incorporado dentro de su estilo de vida la práctica de ejercicios aumentan su probabilidad de estar en las categorías de muy buen y buen estado de salud.

Por otra parte, los análisis estadísticos señalan que existe una relación positiva entre un buen estado de salud y el hecho de vivir en una zona urbana. Para las personas que viven en zonas urbanas, la probabilidad de tener un buen estado de salud, en comparación con las personas que viven en zonas rurales es mayor. También llama la atención que la probabilidad de presentar un buen estado de salud, aumenta en las personas afiliadas al SGSSS a algún tipo de régimen especial (Fuerzas Armadas, Magisterio, Ecopetrol) y el contributivo, y disminuye en las afiliadas al régimen subsidiado.

Obando et al [62] en Colombia, estudiaron la “Discapacidad en población desplazada en el Cauca”, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de discapacidad en una población en situación de desplazamiento. El incremento de la aparición de discapacidad o el riesgo de adquirirla, se ha ocasionado por lesiones afectivas, físicas y psíquicas producidas por la violencia, el conflicto armado y el desplazamiento.

En su artículo [62] resumen dos estudios publicados al respecto, primero el realizado en Colombia en 1996, en nueve ciudades capitales que arrojó que el 2,8% de la población estudiada presentaba algún tipo de discapacidad; y segundo, realizado en 2001 en Valle del Cauca, que arrojó una prevalencia de discapacidad de 3,9% .

En el estudio de estas investigadoras, se tomó una muestra de 168 familias constituidas por 756 personas (cinco por hogar). Se encontró una prevalencia del 8,5% de discapacidad y para estimar esta prevalencia se estudiaron las variables: edad (agrupada por rangos según ciclos vitales), género, presencia de discapacidad, tipo de discapacidad, signos – síntomas padecidos comúnmente, número de integrantes de la familia, estado civil, ocupación previa al desplazamiento, ocupación actual, nivel de escolaridad, lugar de procedencia, hábitos nocivos y régimen de seguridad social en salud. Junto con estas variables fue diseñado un

instrumento con preguntas ya validadas respecto a la caracterización familiar, detección de la discapacidad y condición de salud que se usó en el estudio ya mencionado, del Valle del Cauca.

Concluyen las características generales de la población desplazada en el Cauca [62] así: está conformada en su mayoría por mujeres, adultos, con niveles educativos básicos y con problemas en estado de salud. Las poblaciones vulnerables con familias extensas, bajos niveles de escolaridad y desempleo aumentan el riesgo de pobreza y están asociados a la condición de discapacidad. Lo anterior puede indicar que “la discapacidad es un problema social que afecta a los estratos más bajos y no está directamente asociada al desplazamiento a causa de la violencia” [62] puede ser anterior al desplazamiento o producto del mismo.

Desde la perspectiva de la CIF, las investigadoras [62] mencionan que la población anciana en su estudio arrojó una prevalencia de discapacidad de 38,5%, probablemente por las deficiencias en los sistemas orgánicos propias del envejecimiento [63] que conlleva a alteraciones en las estructuras del cuerpo y redundan en limitaciones de la actividad, restringiendo la participación social.

En la primera fase de la investigación sobre “La magnitud de la discapacidad en Colombia: Una aproximación a sus determinantes” realizada por Cruz-Velandia y Hernández-Jaramillo [54], fueron seleccionados los datos de 86.622 registros DANE 2005-2006 [14], correspondientes a las 20 localidades de Bogotá, Distrito Capital. El diseño de la investigación fue empírico-analítico de tipo descriptivo-correlacional, su fin fue la formulación de un Índice de Discapacidad Humana, para conocer la dimensión y el impacto de la discapacidad en Colombia.

Para la primera fase de desarrollo del proyecto se planteó una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, que tiene correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF [31] con el propósito de identificar las relaciones de los determinantes de la discapacidad y dichos factores. La hipótesis

metodológica de agrupación, relación y correlación de variables fue formulada a partir de esos factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF, para cada una de las variables se obtuvieron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y porcentuales. Las variables del registro fueron seleccionadas por conveniencia, obedeciendo a posibles descriptores o referentes empíricos de las determinantes de los factores contemplados en la CIF [31] que se relacionan con el registro, de los módulos de localización y vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación y participación.

Cruz-Velandia y Hernández-Jaramillo [54] encontraron que del total de personas registradas en Bogotá ($n= 86.622$) existen diferencias en número de hombres y mujeres en situación de discapacidad, ya que 36.777 de ellos son hombres (41,6%) y 49.845, mujeres (56,4%). También encontraron la existencia de una relación directa entre la prevalencia de la discapacidad y la edad, de manera que aumenta con la edad. En el caso de Bogotá, mientras 79 de cada 1.000 personas mayores de 51 años están en situación de discapacidad, en los menores de 50 años, la relación es 7 por cada 1.000.

Entre las estructuras y funciones corporales afectadas con mayor frecuencia se encuentran las relacionadas con el movimiento del cuerpo, presentes en el 54,9% de las personas, seguidas por las deficiencias en el sistema nervioso (48,9%), visual (43,8%), cardiorrespiratorio e inmunitario (41,8%), las demás están presentes en menor porcentaje. Se observan algunas diferencias en cuanto a la prevalencia de deficiencias entre hombres y mujeres; así, las deficiencias en los sistemas cardiorrespiratorio e inmunitario muestran una mayor prevalencia en mujeres (46,2%) que en hombres (35,9%); lo mismo ocurre, aunque en menor proporción, con las deficiencias en la digestión (el 26,8% en mujeres y el 19,9% en hombres) y las relacionadas con el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas (57,4% en mujeres y 51,5% en hombres). Las deficiencias cuya prevalencia es superior en los hombres, abarcan las relacionadas con el sistema nervioso (50,2% en hombres y 49,7% en mujeres), de la voz y el habla (21,4% en hombres y 14,3% en mujeres), y las del sistema reproductivo (11,6% en hombres y 11,5% en mujeres).

La dificultad más frecuente está relacionada con actividades como caminar, correr o saltar, que afectan al 59,6% (52.348) de personas en situación de discapacidad. Le sigue la dificultad para pensar y memorizar, que afecta a 44,7% de las personas registradas (39.311 personas), alteración cuya frecuencia alcanza al 60,7% en el grupo etario 10-14 años. Se observó que la relación entre el número de hombres y mujeres en situación de discapacidad difiere en los distintos grupos etarios. Además, la proporción de mujeres fue superior en los grupos de 30 años y más, y la de hombres en los grupos de 0 a 29 años.

Otros datos significativos se analizan en la discusión de resultados, debido a que ambos estudios guardan estrecha relación por haber sido la fuente de información el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad y además las variables del Registro fueron seleccionadas por conveniencia en ambos, obedeciendo a posibles descriptores o referentes empíricos de las determinantes de los factores contemplados en la CIF [31] que se relacionan en el registro, por ejemplo: los ítems de localización y vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación y participación.

Por otra parte los estudios de Zambrano [59] y de Tovar [64] han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la autopercepción del estado de salud. Estos investigadores señalan en sus estudios *tres* importantes niveles que influyen en determinantes sociales y que han sido a su vez reconocidos por otras investigaciones (s.n.) y se ven reflejados en los factores de la CIF también.

En primer lugar mencionan el *estatus socioeconómico* cuyos indicadores son el ingreso, el nivel educativo o la ocupación, y en los últimos años aumentó el interés por la unidad de análisis vecindario que para Colombia es el barrio, la comuna o la localidad. Se reconoce en su estudio que el ingreso está mediado por la ocupación que desempeñan las personas y que ésta a su vez está condicionada por el nivel educativo. Para Colombia el ingreso y la

ocupación son problemáticas que golpean en especial a los estratos medios - bajos de la población [64].

En segundo lugar, sobre *el peso de los factores psicosociales* anotan que la cohesión social, la presencia de redes de apoyo, la participación social y política son bienes sociales cuya relación con el estado de salud de las personas hoy se plantea como incuestionable. Afirman que la realidad colombiana presenta unos retos enormes por la ruptura de redes sociales y la movilidad entre regiones, inter e intra urbana, provocada por el destierro y el desplazamiento forzado [59,64,30].

Por último, *La estructura del sistema de salud*: El sistema nacional de salud de cualquier país condiciona el acceso a los servicios y programas de los diferentes grupos sociales y cumple (o deja de cumplir) varias funciones como: la prevención de las enfermedades o la curación y rehabilitación en casos en que la enfermedad se presenta. Este papel hace que cualquier sistema de salud sea un determinante del lugar que las personas alcanzan en la estructura social.

Para Tovar [64], Zambrano [59], Álvarez Castaño [26] y Hernández [30] en Colombia se requiere investigar en una perspectiva de curso de la vida o de largo plazo, los efectos de una organización inequitativa de los servicios de salud, con un acceso inestable, fragmentado y mediado por los recursos económicos de las personas. El reto es entonces empezar a conocer las particularidades de esas inequidades en salud y sus determinantes, que seguramente se comportan de manera distinta y tienen efectos diferentes a las de otros países. “Se requiere utilizar herramientas teóricas y metodológicas cuantitativas y cualitativas para indagar cómo la estructura de la sociedad enferma, discapacita y mata de manera particular según ubicación en la escala social” [30].

Para finalizar, Rodríguez [33] concluye en su investigación “Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia”, que la ausencia de dinero continúa siendo una de las principales barreras para acceder a los servicios de salud, lo cual impacta en mayor proporción a la población sin seguro, 50% de la población no asegurada que

presentó una necesidad de atención no pudo acceder a ella por falta de recursos financieros. La población asegurada, no obstante contar con seguro, también aduce la falta de dinero como limitante del acceso -14.4%- y dentro de la población asegurada el mayor impacto de esta variable recae sobre la población pobre sin capacidad de pago - régimen subsidiado, 17%-, la cual duplica el porcentaje de población afiliada con capacidad de pago que aducen esta barrera, 8%.

Y entre la población no afiliada se debe reconocer un alto grado de vulnerabilidad que la coloca como población que enfrenta altos riesgos de salud ante algún evento de enfermedad que deba ser financiado de su bolsillo. “Es necesario estudiar las barreras de tipo financiero que siguen limitando el acceso de la población que cuenta con el seguro” [33]. Dado que al interior de la población asegurada se siguen presentando limitantes de acceso y más aún, estas limitaciones impactan de manera más importante a la población pobre sin capacidad de pago, es importante caracterizar cuáles son las barreras de tipo financiero que se vienen imponiendo a esta población que ya cuenta con el seguro en algunos casos, sobre todo en las áreas rurales suele asociarse a gastos de desplazamiento hacia los lugares de atención.

Por último, sugiere que esfuerzos futuros se deberán concentrar en poder hacer comparación con los resultados de las encuestas previas como ECV-1993 y ECV-2007. Y pudiendo contar con información a nivel regional, realizar una caracterización más particular de las diferencias que puedan presentarse en términos de equidad en el acceso cuando nos concentramos en los contextos regionales.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La Operacionalización que a continuación se presenta corresponde a los determinantes establecidos en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (DANE), que fueron seleccionadas teniendo en cuenta los objetivos del estudio.

Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes sociales estructurales de salud [65]. Esta estratificación de los grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo, ya que ubican la posición social de un individuo y un grupo y son el eje de la configuración de mejores o peores oportunidades para la salud. Por otra parte [65] la exposición específica a determinantes sociales “intermediarios” que incluyen: condiciones de vida (vivienda, tenencia de seguridad social), condiciones de trabajo (tipo de empleo, seguridad social) y conductas (hábitos, participación o restricción en actividades familiares, sociales, culturales y educativas) tienen también, un impacto directo en la salud.

Teniendo en cuenta lo anterior junto con el RLCPD del municipio de Manizales [19], se operacionalizaron para este estudio en la Tabla 1-A, los determinantes estructurales e intermedios y en la Tabla 1-B los componentes de la discapacidad, así:

- Determinantes estructurales sociodemográficas: Sexo, edad, nivel educativo, grupo étnico (raza), área donde se reside, estrato socioeconómico y origen de la discapacidad.
- Determinantes intermediarios: Afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), trabajo (cargo, actividad económica, estabilidad, capacidad de trabajo e ingreso basado en el salario promedio del año 2005³ (\$426.000), tipo de vivienda y su condición, asistencia y uso de los servicios de rehabilitación.
- Componentes de la discapacidad: Alteraciones permanentes por condición de salud, Limitación en actividades diarias y Restricciones en la Participación Social.

³ Dato aportado por: www.mintrabajo.gov.co/empleo/abedece-del-salario-minimo.html

Tabla 1-A. Operacionalización de determinantes.

(Fuente: Investigadores macroproyecto)

DETERMINANTES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ÍNDICE	
DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES .	SOCIODEMOGRÁFICAS			
	Sexo	Tipo de relaciones o condiciones del ser hombre o mujer con base en las características, los roles y las oportunidades que el grupo social les asigna.	Masculino Femenino	0 1
	Edad	Número de años de vida corridos desde el nacimiento hasta la fecha de encuesta.	Edad cumplida en años	Número
	Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	Ninguno	0
			Edad no escolar	1
			Preescolar	2
			Básica primaria	3
			Básica secundaria	4
			Técnico / Tecnológico	5
			Universitario	6
			Postgrado	7
	Grupo étnico (raza)	Comunidad humana que comparte identidad histórica, lengua y costumbres.	Negro	1
			Raizal	2
			Palenquero	3
			Gitano	4
			Indígena	5
			Mestizo u otro diferente	6
	Área de residencia	Tipo de área donde reside	Cabecera	0
			Centro poblado	1
			Rural disperso	2
	Estratificación socioeconómica	Nivel de clasificación del inmueble de la población urbana y rural.	Estrato socioeconómico Muy bajo	1
Estrato socioeconómico bajo			2	
Estrato socioeconómico medio			3	
Estrato socioeconómico medio alto			4	
Estrato socioeconómico alto			5	
Estrato socioeconómico muy alto			6	

	Barreras	Barreras arquitectónicas y urbanísticas: Son todos aquellos factores del entorno físico de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan su funcionamiento.	En dormitorio	1
			En sala comedor	2
			En baños	3
			En escaleras	4
			En pasillos y patios	5
			En andenes aceras	6
			En calles, vías	7
			En parques, plazas estadios, teatros, iglesia	8
			En paraderos, terminales de transporte	9
			En vehículos de transporte público	10
			En centros educativos	11
			En lugares de trabajo	12
			En centros de salud, hospitales	13
			En centros comerciales, tiendas, plaza de mercado	14
			En otros lugares	15
			En ningún lugar	16
	Barreras actitudinales: Se refiere a las actitudes individuales o sociales tales como ideologías, normas, valores y creencias que pueden originar prácticas o comportamientos negativos y discriminatorio frente a la persona con discapacidad.	de familiares	1	
		de amigos , compañeros	2	
		de vecinos	3	
		de funcionarios, empleados	4	
		Otras personas	5	
		Nadie tiene actitud negativa	6	
	Origen de la discapacidad	Conoce las causas o comienzo de la discapacidad	No	0
			Si	1
		La discapacidad es 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			

DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS	AFILIACION			
	Afiliación al SGSSS	Tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contributivo	1
			Subsidiado	2
			Régimen especial	3
			Vinculado	4
			Ninguno	5
			No sabe	6
	TRABAJO			
	Trabajo	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: Actividad económica que se encuentra desarrollando.	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 o no por la discapacidad	Si	1
			No	2
Ingreso mensual promedio según las cifras establecidas legalmente en el año 2005, se organizaron por rangos de entre uno y dos salarios para mayor organización.		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		
La actividad económica actual a la cual se dedica está relacionada con el sector:		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 económica de la vivienda.	Arriendo o subarriendo	1
		Propia y la está 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 Aspectos a los que las personas registradas han atribuido la recuperación de su discapacidad.	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 servicio de rehabilitación que fue ordenado.	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 algún tipo de rehabilitación	Si	1
		No	2
¿Quién paga la rehabilitación?	SGSS	1	
	Familia	2	
	Personalmente	3	
	ONG	4	
	Empleador	5	
	Otro	6	

	Tipo de establecimiento donde recibe la rehabilitación.	Público	1
		Privado	2
		No sabe	3
	¿Por qué 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 recibir rehabilitación	Años	Dato	

Tabla 1-B. Operacionalización de Componentes de la Discapacidad

(Fuente: Investigadores macroproyecto)

	DEFINICIÓN	INDICADOR	ÍNDICE
Alteraciones permanentes por condición de salud	Problemas en el sistema, 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 cardiorespiratorio 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	
Limitación en actividades diarias	Limitaciones que un individuo puede tener en el desempeño o realización de actividades. Es la dificultad en la realización de una tarea o acción por parte de una persona. Dicha dificultad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la	Pensar, memorizar	1
		Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	2
		Oír, aun con aparatos especiales	3
		Distinguir sabores u olores	4
		Hablar y comunicarse	5
		Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	6
		Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	7

	actividad.	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	8
		Caminar, correr, saltar	9
		Mantener piel, uñas y cabellos sanos	10
		Relacionarse con las demás personas y el entorno	11
		Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	12
		Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	13
		Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	14
		Otra	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

7. METODOLOGÍA

La investigación se realizó con un enfoque empírico analítico, el cual pretende observar y describir datos facticos de la realidad con el fin de caracterizar distintos objetos de estudio, los cuales deben ser observados, medidos, y verificados. Su intencionalidad ultima es llevar a cabo predicciones y generalizaciones, en concordancia, las investigaciones que se realicen tomando como base este enfoque requieren poner a prueba hipótesis para poder deducir la verosimilitud de los análisis de la información [66].

Cabe aclarar entonces que, si bien los estudios descriptivos pertenecen al enfoque empírico analítico y permiten predicciones rudimentarias, dicho estudios no siempre hacen uso de hipótesis, dado que su intencionalidad última es describir detalladamente, mas no comprobar o explicar el por qué de un fenómeno [66].

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo en tanto que pretende describir en profundidad los principales determinantes sociales de la salud y componentes de la discapacidad presentes en las personas incluidas en el registro para la localización de personas con discapacidad del DANE, para tal fin a través de la estadística descriptiva, propia de este tipo de estudios, se buscó responder a las preguntas básicas: quién, qué, cuándo, dónde. En este orden de ideas, el estudio hace uso de una fase correlacional con análisis bivariado, cuya pretensión fue establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación) a través del uso de pruebas de asociación y dependencia.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se incluyó el total de registros de personas con discapacidad, identificadas mediante el RLCPD en la ciudad de Manizales hasta 2008 [19]. La base de datos de este registro fue entregada a los investigadores por parte de la Secretaría de Salud del municipio, cabe

resaltar que los datos son válidos para toda la población accesible mediante el censo DANE en discapacidad.

En el presente estudio no se hizo muestreo, dado que se trabajó con el total de registros de la población del RLPCD hasta 2008 [19]. En este sentido el margen de error para la muestra y el nivel de confiabilidad no tuvo que ser calculado.

7.2.1 Criterio de Inclusión

Para el presente estudio se incluyeron todas las personas inscritas en el RPLCD de discapacidad de la ciudad de Manizales a 2008.

7.2.2 Criterio de Exclusión

No hubo exclusión de ningún registro de la muestra.

7.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

La técnica para la recolección de la información usada por el DANE fue la entrevista, que fue llevada a cabo a través de un instrumento denominado Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad dicho instrumento fue debidamente validado desde el año 2004 y actualmente es administrado por el ministerio de protección social. Es una herramienta que “permite recolectar información para examinar y conocer en un momento del tiempo y lugar la situación de la población con discapacidad respecto al grado de satisfacción de las necesidades humanas” [14].

Este registro es el “único instrumento oficial reconocido a nivel nacional para la localización y caracterización de este grupo poblacional” [14], su base conceptual es el modelo biopsicosocial el cual incluye los déficit, deficiencias o alteraciones en la funciones o estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, todo esto en coherencia con la CIF [22].

Con el uso de este instrumento el Ministerio de Salud y Protección Social⁴ pretende recolectar información continua y actualizada de la personas con discapacidad teniendo presente que la fuente primaria de la información captada se encuentra en el nivel municipal, los procesos de apoyo, distribución de materiales, su control y posterior recolección serán coordinados por el DANE en los diferentes niveles, utilizando su estructura operativa actual. Regional 5: Sede Manizales: conformada por Caldas, Quindío, Risaralda y Tolima. Previamente, entre las entidades de y para la discapacidad, que existen en el municipio, se han circulado formatos para que ellas diligencien la información solicitada y la envíen para su procesamiento (Excel), dentro de estas entidades podemos mencionar: centros de salud, hospitales, EPS, ARS, IPS, escuelas, colegios, juntas de acción comunal, hogares comunitarios de Bienestar Familiar, instituciones especializadas en la atención de las personas con discapacidad, y planeación municipal, con su base de datos del SISBEN, entre otras. Generar estrategias de comunicación por los medios locales (radio, televisión, prensa, periódicos locales, perifoneo, iglesias) en donde se informe a la población en general sobre las fechas y lugares de inscripción y posterior registro.

RUTA: El DANE Central envía a las direcciones regionales, el material completo (cartillas – formularios). La Coordinación Operativa de la regional se encargará de despacharlo al Comité Departamental para la atención de la discapacidad, éste, a su vez, lo remitirá al comité municipal. Cada envío se acompañará con un oficio y una relación de su contenido

Registro continuo: la administración municipal y específicamente su comité de atención a la discapacidad, en coordinación con el departamento, organizará los procesos de registro, control de formularios, organización y envío al DANE, del nuevo material diligenciado, para su correspondiente sistematización y actualización de la base de datos. Análisis y difusión de resultados. Una vez se tenga procesada la información recolectada en los municipios seleccionados, se producirán los respectivos informes y se preparará el material que ha de devolverse a los departamentos y a los municipios.

⁴ <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Presentacion%20RLCPD-%20Junio%202012.pdf>

La información sobre discapacidad usada en el presente estudio fue entregada por la secretaria de salud de Manizales, la cual utilizó el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (anexo 2), consta de varios ítems distribuidos en categorías: I. Localización y vivienda, II. Identificación personal. III. Caracterización y origen de la discapacidad, IV. Salud, V. Educación y VII. Trabajo.

Algunas de las variables utilizadas en el registro son mencionadas de distinta manera por diferentes autores, siendo este el caso de las variables sexo, raza, área, tipo de rehabilitación ordenada, estas definiciones depende del marco conceptual desde donde se entienda cada una de ellas. Para el caso del presente estudio se utilizaron los conceptos estrictamente señalados por el DANE en el Registro; si bien podría contemplarse el uso de otros términos, los autores han optado por seguir a cabalidad los conceptos utilizados en dicho registro. Por lo tanto los antecedentes investigativos que usen acepciones distintas no fueron modificados.

Según la secretaria de salud de Bogotá⁵: “el registro para la localización y caracterización de la personas con discapacidad, RLCPD, es el único documento oficial y reconocido a nivel nacional para la localización y caracterización de este grupo poblacional y concibe la discapacidad desde un 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” esto en coherencia con la clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad CIF, en este orden de ideas, el registro, al estar en coherencia con la CIF, la convención de los derechos de las personas con discapacidad (ley 1346 de 2009) y decreto 470 de 2007 hace uso de términos que se encuentran contenidos en ella” .

El análisis estadístico de datos se realizó mediante el programa SPSS-PC for Windows 19 (2008) [67], con Licencia de la universidad Autónoma de Manizales.

⁵ En: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/RegistrodePersonasconDiscapacidad.aspx>

7.4 PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Se realizó este análisis con el fin de establecer las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y los componentes de la discapacidad de los participantes en el estudio. El objetivo primordial del análisis bivariado, para el cual se utilizó el estadístico chi-cuadrado (X^2), fue verificar, si existe o no, asociación entre los factores analizados. Para esta fase, los determinantes estructurales estrato y edad, fueron recodificados con el fin de mejorar el análisis bivariado.

Se buscó identificar la posible asociación entre los determinantes estructurales y los componentes de la discapacidad tales como *deficiencia y limitación en la actividad*. Al respecto, cabe resaltar que los componentes de la discapacidad se presentaron como constantes, aspecto que impidió realizar pruebas de asociación, significancia, o pruebas de dependencia, puesto que, al no presentarse cambios en los determinantes no es posible establecer variaciones concomitantes. Por tal razón, se presentan los datos tal cual como fueron obtenidos. Se aclara que, aunque en la tabla se presentan todos los datos, únicamente se hizo lectura de aquellos que difieren del análisis univariado.

El determinante edad fue reagrupado conforme al ciclo vital propuesto por Papalia et al [63], quien clasifica el ciclo vital en 4 momentos para su estudio: primera infancia de 0 a 14 años, juventud entre 15 y 26 años, adultez joven entre 27 y 40 años, adultez media (o adultez madura) que va de 41 a 64 años y vejez desde los 65 en adelante.

DISPOSICIONES VIGENTES

Las implicaciones éticas del proyecto implicaron un nivel de riesgo mínimo de acuerdo a lo estipulado por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 [21], en razón que la manipulación de los participantes en el estudio fue nula siendo el proceso una valoración por análisis y medición de bases de datos, aspectos que no atentan contra la integridad física y mental de las personas.

8. RESULTADOS

8.1 Análisis Univariado.

El análisis univariado se hace sobre los determinantes estructurales que corresponden a los determinantes sociales estructurales de la salud y que, como ya se indicó, ubican la posición social de un individuo y un grupo y son el eje de la configuración de mejores o peores oportunidades para la salud.

La *Distribución de los determinantes estructurales relacionadas con sexo, edad en quinquenios, nivel educativo, grupo étnico (raza), tipo de área y estrato* puede verse plasmada en la Tabla 2. Con relación al sexo se encontró que el 48.3% del total de población registrada pertenece al sexo masculino, y el 51.7% al femenino. La edad promedio en hombres es de 40.5 años +/- 26.3 años, y en mujeres la edad promedio es de 48.9 años +/- 24.6 años; el rango de edad está comprendido entre 0 años y 105 años.

En cuanto al nivel educativo, el 49.2% ha cursado básica primaria, un dato que también se destaca es que el 23.5% de la población no ha accedido a ningún tipo de formación educativa. En lo referente a la grupo étnico (raza) el 93,6% son mestizos o de otro grupo étnico y solo el 0.5%, son afrodescendientes.

La gran mayoría de la población registrada (88.7%), está ubicada en la cabecera municipal, seguida por el 6.4% que se encuentra ubicada en el área rural y el 4.9% se ubica en el centro poblado. Con relación al determinante estrato socioeconómico en el estrato 2 se ubica el 39.9% de las personas registradas; en el estrato 3 el 23.8% y finalmente en el estrato 1 el 26.1% de la población.

Tabla 2. Distribución de los Determinantes Estructurales relacionados con estrato, tipo de área, edad en quinquenios, sexo, nivel educativo y grupo étnico.

DETERMINANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo		
Masculino	2969	48.3
Femenino	3181	51.7
Total	6150	100.0
Edad		
0 a 4 años	133	2.2
5 a 9 años	529	8.6
10 a 14 años	632	10.3
15 a 19 años	364	5.9
20 a 24 años	193	3.1
25 a 29 años	200	3.3
30 a 34 años	162	2.6
35 a 39 años	271	4.4
40 a 44 años	300	4.9
45 a 49 años	342	5.6
50 a 54 años	393	6.4
55 a 59 años	421	6.8
60 a 64 años	463	7.5
65 a 69 años	418	6.8
70 a 74 años	432	7.0
75 a 79 años	442	7.2
80 a 84 años	285	4.6
85 a 89 años	106	1.7
90 a 94 años	52	.8
95 a 99 años	8	.1
100 años o mas	4	.1
Total	6150	100.0
Nivel Educativo		
Preescolar	370	6
Primaria	3035	49.2
Bachillerato	1027	16.7
Técnico/Tecnológico	76	1.3
Universidad	77	1.2
Postgrado	30	0.5
Ninguno	1445	23.5
Edad no escolar (0-2 años)	28	0.5
No hay respuesta	62	1.0
Total	6150	100.0
Grupo étnico		
Negro, afrodescendiente	33	0.5
Raizal del archipiélago	17	0.3
Palenquero	11	0.2
Gitano, rom (li)	4	0.1
Indígena	17	0.3

Mestizo u otro diferente	5759	93.6
No hay respuesta	309	5.0
Total	6150	100.0
Tipo de Área		
Cabecera	5452	88.7
Centro poblado	304	4.9
Rural disperso	394	6.4
Total	6150	100.0
Estrato		
1	1605	26.1
2	2451	39.9
3	1650	26.8
4	296	4.8
5	79	1.3
6	69	1.1
Total	6150	100.0

(Fuente: Elaboración propia)

Como se observa en la tabla 3, el 34.7% de las personas no sabe cuál es el origen de su discapacidad; un 25.4%, asegura que el origen de su discapacidad es consecuencia de una enfermedad general; el 13.6% refiere que el origen de su discapacidad es consecuencia de una alteración genética o heredada, y finalizando, el 8 % manifiesta que su discapacidad es consecuencia de accidentes.

Tabla 3. Distribución de los Determinantes Estructurales relacionados con el origen de la discapacidad.

DETERMINANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Origen de la discapacidad		
Consecuencia de condiciones de salud de la madre durante el embarazo	166	2.7%
Consecuencia de complicaciones en el parto	363	5.9%
Consecuencia de enfermedad general	1565	25.4%
Consecuencia de alteración genética, hereditaria	836	13.6%
Consecuencia de lesión auto infligida	19	0.3%
Consecuencia de enfermedad profesional	172	2.8%
Consecuencia de consumo de psicoactivos	124	2.0%
Consecuencia de desastre natural	6	0.1%
Consecuencia de accidente	491	8.0%
Consecuencia de víctima de violencia	130	2.1%
Consecuencia de conflicto armado	15	0.2%
Consecuencia de dificultades en la prestación de servicios de salud	57	0.9%
Otra causa	73	1.2%
No sabe cuál es el origen de su discapacidad	2133	34.7%

(Fuente: Elaboración propia)

En la tabla 4 se muestran los datos según la CIF sobre alteraciones y dificultades permanentes. Los hallazgos indican que entre las alteraciones más comunes se destacan las del movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas, con un porcentaje de 44.7%; las alteraciones permanentes del sistema nervioso con un porcentaje de 43.3% y en tercer lugar las del sistema cardiorrespiratorio y defensas 40.5%.

El tipo de alteración menos común es la relacionada con los órganos de los sentidos, olfato, tacto y gusto, con un 3.6% y esto coincide con el porcentaje más bajo en las dificultades permanentes para distinguir sabores u olores con un 4.0%.

El 52% de las personas registradas tienen dificultades permanentes para pensar y memorizar y el 50.2% presenta dificultades para caminar, correr y saltar. Cabe destacar que estos datos están íntimamente relacionados con los datos anteriormente señalados en el tipo de alteración más común, ya que si se tiene alteración permanente en el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas, también podrá tener dificultades para caminar, correr y saltar.

Tabla 4. Distribución de determinantes estructurales según alteraciones y dificultades permanentes.

DETERMINANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tipo de alteración permanente en		
El sistema nervioso	2667	43.3%
Los ojos	2031	33.0%
Los oídos	1159	18.8%
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	220	3.6%
La voz y habla	919	14.9%
El sistema cardiorrespiratorio y defensas	2492	40.5%
La digestión, el metabolismo y hormonas	1320	21.5%
El sistema genital y reproductivo	668	10.9%
El movimiento, cuerpo, manos, brazos y piernas	2748	44.7%
La piel	430	7.0%
otras alteraciones	126	2.0%
Dificultades permanentes para		
Pensar, memorizar	3199	52.0%
Para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	1694	27.5%
Oír aun con aparatos especiales	905	14.7%
Distinguir sabores u olores	248	4.0%
Hablar y comunicarse	1123	18,3%

Desplazarse en trecho cortos por problemas respiratorios o del corazón	2145	34.9%
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	1209	19.7%
Retener u expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	773	12.6%
Caminar, correr, saltar	3088	50.2%
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	447	7.3%
Relacionarse con las demás personas y el entorno	941	15.3%
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	989	16.1%
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	820	13.3%
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	525	8.5%
Otras	291	4.7%

(Fuente: Elaboración propia)

En cuanto al tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Tabla 5) el más frecuente es el subsidiado, con un 62.8%, seguido por el contributivo con 26.6% y finalmente se encuentran las personas que no están afiliadas al sistema general de seguridad social en salud con un 5.7%.

Tabla 5. distribución de los determinantes intermedios relacionados con la afiliación al SGSSS

DETERMINANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tipo de afiliación al SGSSS		
Contributivo	1636	26.6%
Subsidiado	3865	62.8%
Régimen especial	80	1.3%
Vinculado	186	3.0%
Ninguno	350	5.7%
No sabe	14	0.2%
Total	6150	100.0%

(Fuente: Elaboración Propia)

Nótese en la tabla 6, que el 24.7% de las personas se encuentran incapacitadas permanentemente para trabajar y no cuentan con una pensión; el 18.9% responde que ha estado realizando oficios en el hogar, en tercer lugar, se encuentra un 7 % de personas que laboran en otras actividades.

El área laboral más frecuente en el que se desenvuelven las personas es la de servicios con un 7.3% de la población; seguido del 2.6% que está dedicado al comercio y el menor porcentaje está dedicado al sector pecuario con un 0.1%; en torno al tipo de contrato se

encontró que el 11.5% no tienen ningún tipo de contrato laboral, tan solo el 2.1% cuenta con un contrato a término fijo y el 1.3% con un contrato por término indefinido. En lo referente al rol que desempeña en su trabajo, el 5.7% son trabajadores por cuenta propia, seguido del 3.9% quienes se desempeñan como obreros o empleados particulares. Cabe destacar que tan solo 3 personas son patrones o empleadores. Por otro lado, al preguntar si la capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad, el 76.1% respondió que sí y el 11.9% que no.

Finalmente cabe resaltar que para el año 2005 el Salario mínimo mensual legal vigente en Colombia era de \$426.000, aclarado esto, los hallazgos indican que el 83% de las personas ganaban menos 1 S.M.M.L.V, el 5.1% ganaba en esa época entre 1 y 2 S.M.M.L.V.

Tabla 6. Distribución de los determinantes intermedios relacionados con las condiciones materiales de trabajo

DETERMINANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Situación laboral de los últimos 6 meses		
Trabajando	953	15.5%
Buscando trabajo	139	2.3%
Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión	1522	24.7%
Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	177	2.9%
Estudiando	902	14.7%
Realizando oficios del hogar	1164	18.9%
Recibiendo renta	28	0.5%
Pensionado, jubilado	110	1.8%
Realizando actividades de consumo	25	0.4%
Niños (no escolarizados, personas que por su grado de discapacidad no trabajan)	700	11.3%
Otra actividad	430	7.0%
Total	6150	100.0%
Contrato de trabajo		
A término fijo	127	2.1%
A término indefinido	83	1.3%
Sin contrato	707	11.5%
Edad no laboral	1639	26.7%
No hay respuesta	3594	58.4%
Tipo de actividad económica actual		
Industria	91	1.5%
Comercio	157	2.6%
Agrícola	130	2.1%
Pecuaria	5	0.1%

Servicios	450	7.3%
Otra actividad	89	1.4%
Edad no laboral	1637	26.6%
No hay respuesta	3591	58.4%
En el trabajo se desempeña como		
Obrero - empleado del gobierno	87	1.4%
Obrero- empleado particular	237	3.9%
Jornalero o peón	92	1.5%
Patrón o empleador	3	.0%
Trabajador independiente por cuenta propia	348	5.7%
Empleado (a) domestico (a)	147	2.4%
Trabajador familiar sin remuneración	10	0.2%
No hay respuesta	5226	85.0%
Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad		
Si	4683	76.1%
No	734	11.9%
No hay respuesta	71	1.2%
No aplica (<i>personas que por su edad o grado de discapacidad no aplican para esta opción</i>)	662	10.8%
Total	6150	100.0%
Ingreso mensual promedio año 2005		
1 a 426.000	1385	22.5%
426.100 a 852.000	317	5.2%
852.100 a 1'278.000	18	0.3%
1'278.100 a 1'704.000	14	0.2%
1'704.100 a 2'130.000	7	0.1%
2'130.100 y más.	29	0.5%
No devengan salario	4380	71.2%
Total	6150	100.0%

(Fuente: Elaboración propia)

Con relación a la tabla 7, tipo de vivienda, el 79.3% vive en casa y el 4.9% vive en una institución pública. Y en cuanto a la condición de tenencia de la vivienda, el 39% vive en arriendo o subarriendo, y el 0.3% es habitante de la calle.

Tabla 7. Distribución de los determinantes intermedios relacionados con las condiciones de vivienda.

DETERMINANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tipo De Vivienda		
Casa	4874	79.3%
Apartamento	443	7.2%
Cuarto	166	2.7%
Institución pública	302	4.9%
Institución privada	316	5.1%

Calle	20	0.3%
Otro tipo de respuesta	18	0.3%
No hay respuesta	11	0.2%
Total	6150	100%
Condición De La Vivienda		
Arriendo o subarriendo	2397	39.0%
Vivienda propia y la está pagando	326	5.2%
Vivienda propia totalmente pagada	1793	29.0%
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	719	11.5%
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	223	3.6%
Habitante de la calle	20	0.3%
Institucionalizado	618	10.0%
Otra	54	0.9%
No hay respuesta	25	0.4%
Total	6150	100.0%

(Fuente: Elaboración Propia)

En la tabla 8 se encuentran aspectos sobre el determinante intermediario rehabilitación y recuperación de la discapacidad. El 77.4% de las personas manifiesta que no se ha recuperado de la discapacidad y el 22.6% afirma que sí. De estos últimos, el 12% atribuye su recuperación a los servicios de salud recibidos y el 0,2% a medicina alternativa y otros.

Por otra parte, el tipo de rehabilitación más ordenado con un porcentaje de 57.6% son los medicamentos permanentes y el menos ordenado es trabajo social con 8.1%. Con relación a la pregunta de si asiste actualmente a rehabilitación, el 67.4% respondió que si asistía en la actualidad y el 32,6% no asistía.

El 53.2% de las personas refiere que es el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) el que costea sus servicios de rehabilitación y el que menos, con un 0,1% el empleador. En cuanto al tipo de establecimiento donde recibe la rehabilitación, el 52.8% dice que es un establecimiento público y el 13.8% es un establecimiento privado. De todas las personas que han asistido en algún momento al servicio de rehabilitación, solo el 17.1% terminó su tratamiento, mientras que el 40.5% no recibe rehabilitación por falta de dinero, siendo este el porcentaje más alto. Otro hallazgo importante es que el 21.5% no sabe por qué no recibe rehabilitación.

A la pregunta sobre cuántos años lleva sin rehabilitación, el 67,4% no tiene dato y el 15,9% lleva entre 0 y 4 años sin tratamiento.

Tabla 8. Distribución de los determinantes intermedios relacionados con los servicios de rehabilitación.

DETERMINANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Recuperación de la discapacidad		
Si	1389	22.6
No	4761	77.4
Total	6150	100.0
Factores de recuperación		
Los servicios de salud y servicios recibidos	740	12.0
Apoyo familiar	145	2.4
Empeño por salir adelante	113	1.8
A Dios	241	3.9
Medicina alternativa	13	0.2
Otro	12	0.2
Tipo de rehabilitación prescrito		
Medicina física y de Rh	632	10.3
Psiquiatría	660	10.7
Fisioterapia	1234	20.1
Fonoaudiología	884	14.4
Terapia ocupacional	730	11.9
Optometría	1085	17.6
Psicología	1078	17.5
Trabajo social	501	8.1
Medicamentos permanentes	3542	57.6
Otro tipo de Rehabilitación	968	15.7
Ninguno	601	9.8
¿Asiste actualmente a rehabilitación?		
Si	4145	67.4
No	2005	32.6
Total	6150	100.0
¿Quién paga la rehabilitación?		
SGSSS	3274	53.2
Familia	428	7.0
Personalmente	71	1.2
ONG	13	0.2
Empleador	8	0.1
Otro	333	5.4
No hay respuesta	2023	32.9
Total	6150	100.0
Tipo de establecimiento de rehabilitación		
Público	3246	52.8
Privado	846	13.8
No sabe	53	0.9
No asiste a rehabilitación	2005	32.6

¿Por qué no recibe rehabilitación?		
Ya termino la rehabilitación	336	17.1
Cree que ya no lo necesita	199	10.1
No le gusta	132	6.7
Falta de dinero	798	40.5
Lejanía del centro de atención	50	2.5
No hay quien lo lleve	32	1.6
No sabe	423	21.5
Total	1970	32.0
Años sin recibir rehabilitación		
Entre 0 y 4 años	975	15.9
5 y 9 años	351	5.7
10 y 14 años	203	3.3
15 y 19 años	101	1.6
20 y 24 años	72	1.2
25 y 29 años	43	0.7
30 y 34 años	53	0.9
35 y 39 años	34	0.6
40 y 44 años	30	0.5
45 y 49 años	20	0.3
50 y mas	123	2.0
No sabe/no responde	4145	67.4
Total	6150	100.0

(Fuente: Elaboración propia)

De acuerdo con el determinante estructural *barreras* que impiden desarrollar las actividades diarias con mayor autonomía, la tabla 9 señala que entre las barreras físicas más comunes se encuentran: calles y vías con un porcentaje de 46.7%, seguidas de las barreras en escaleras con el 43.2%.

En lo que se refiere a barreras actitudinales se encuentra que el mayor porcentaje, es decir, el 79.3% de las personas registradas, no percibe actitudes negativas de parte de ninguna persona a su alrededor. Por el contrario, el 2.3% percibe actitudes negativas de funcionarios y empleados.

En cuanto a la participación en actividades, en donde mayor participación se registra es en las religiosas y espirituales con un 68.8%, y en actividades con la familia y amigos el 66.3%; y el 16.5% manifestó no participar en ninguna actividad. Otro dato importante

frente a la participación es que el 78.3% de las personas registradas no participan en organización alguna.

Tabla 9. Distribución de los determinantes estructurales relacionados con las barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía

DETERMINANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Barreras		
Barreras en el dormitorio	383	6,2%
Barreras en sala comedor	360	5,9%
Barreras en baño – sanitario	892	14,5%
Barreras en escaleras	2654	43,2%
Barreras en pasillos – patios	902	14,7%
Barreras en andenes, aceras	1417	23,0%
Barreras en calles, vías	2875	46,7%
Barreras en parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	1205	19,6%
Barreras en paraderos, terminales de transporte	1299	21,1%
Barreras en vehículos de transporte público	1660	27,0%
Barreras en centros educativos	901	14,7%
Barreras en lugares de trabajo	535	8,7%
Barreras en centros de salud, hospitales	691	11,2%
Barreras en centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	921	15,0%
Otras	332	5,4%
Ninguna	1404	22,8%
Actitudes negativas de		
Familiares	545	8,9%
Amigos, compañeros	498	8,1%
Vecinos	278	4,5%
Funcionarios, empleados	140	2,3%
Otras personas	169	2,7%
Nadie	4876	79,3%
Participa en actividades		
Con la familia y amigos	4078	66,3%
Con la comunidad	2418	39,3%
Religiosas o espirituales	4234	68,8%
Productivas	1256	20,4%
Deportivas o de recreación	1811	29,4%
Culturales	1500	24,4%
Educación no formal	419	6,8%
Ciudadanas	2397	39,0%
Otras	161	2,6%
Ninguna	1013	16,5%
Actualmente participa en alguna organización		
Si	644	10,5
No	4813	78,3

(Fuente: Elaboración Propia)

8.2 Análisis Bivariado.

Al tratar de identificar la posible asociación entre los determinantes estructurales y los componentes de la discapacidad tales como deficiencia y limitación en la actividad estos componentes se presentan como constantes, aspecto que impide la realización de pruebas de asociación, significancia o dependencia, puesto que al no presentarse cambios en los determinantes no es posible establecer variaciones concomitantes.

Sobre los *Determinantes Sociales Estructurales e Intermediarios Vs. Restricción en la Participación*, las variaciones concomitantes **sí** permitieron el uso de pruebas estadísticas de asociación, significancia y dependencia.

En la Tabla 10, se observa en primer lugar que no existe asociación entre el determinante estrato y la restricción en la participación (p: .444), pero sí la hay entre el área de residencia y restricción en la participación (X^2 : 25.9, p: .000), la dependencia entre estos fue confirmada a través del coeficiente de contingencia (.065), lo cual indica una dependencia proporcional moderada alta.

Igualmente, pudo establecerse que sí existe asociación entre edad y la restricción en la participación (X^2 1627.81, P: .000) la dependencia se confirmó a través de la aplicación del coeficiente de contingencia (.457) lo cual indica una dependencia proporcional moderada baja. Entre sexo y restricción en la participación (X^2 : 31.02, p: .000) se encontró asociación, la dependencia entre estos se confirma a través del coeficiente de phi (-.071), lo cual evidencia una dependencia inversa baja o nula.

Existe asociación entre el último nivel educativo y la restricción en la participación (X^2 : 242.59, p: .000), la dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.195) lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula. Y la participación en organizaciones y la restricción (X^2 : 14.33, p: .000) también están asociados; la dependencia entre estas se confirma a través del coeficiente phi (-.051) lo cual indica una dependencia inversa baja o nula.

Del mismo modo, existe asociación entre el determinante barreras arquitectónicas y restricción en la participación (X^2 : 110.23, p: .000) la dependencia se confirmó a través del coeficiente phi (-.134) dicha dependencia es inversa baja o nula. Entre las actitudes negativas y la restricción en la participación también existe asociación (X^2 : 20.08, p: .000) y la dependencia entre estas se comprobó a través del coeficiente phi (-.057), lo cual evidencia también dependencia inversa baja o nula.

Se evidenció también que existe asociación entre el conocimiento del origen de la discapacidad y la restricción en la participación (X^2 : 59.35, p: .000) la dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente phi (.098) lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula. Y finalmente, sí existe asociación entre el determinante grupo étnico y la restricción en la participación (X^2 : 791.34, p: .000), la dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente de contingencia valor (.338) lo cual indica una dependencia proporcional moderada baja.

Tabla 10. Determinantes sociales estructurales - restricción en la participación

DETERMINANTES ESTRUCTURALES x RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN				
DETERMINANTE	F %	X²	VALOR P	COEFICIENTE
ESTRATO				
Bajo	655 16.1%	1.62	.444	No se aplica prueba porque no hay asociación
Medio	329 16.9%			
Alto	29 19.6%			
CLASIFICACIÓN DEL ÁREA				
Cabecera	945 17.3%	25.99	.000	Coeficiente de Contingencia .065
Centro poblado	31 10.%			
Rural disperso	37 9.4%			
EDAD				
Infancia	691 53.4%	1627.81	.000	Coeficiente de contingencia .457
Juventud	35 5.4%			
Adulto Joven	40 6.7%			
Adultez Madura	116 5.9%			
Vejez	131 7.9%			

SEXO				
Masculino	570 19.2%	31.022	.000	Phi= -.071
Femenino	443 13.9%			
ACTUALMENTE PARTICIPA EN ALGUNA ORGANIZACIÓN				
Si	17 2.6%	14.33	.000	Phi= -.051
No	308 6.4%			
BARRERAS EN VIVIENDA O ENTORNO FISICO				
Si	651 13.7%	110.23	.000	Phi: -.134
No	359 25.6%			
BARRERAS ACTITUDINALES				
Si	749 15.4%	20.08	.000	Phi: -.057
No	253 20.7%			
SABE CUÁL ES EL ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD				
SI	555 13.8%	59.35	.000	Phi= .098
No	458 21.5%			
ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS APROBADO				
Ninguno	273 18.9%	242.59	.000	Coeficiente de Contingencia .195
Primaria	622 18.3%			
Bachillerato	48 4.7%			
Superior	17 9.3%			
No hay respuesta	53 58.9%			
GRUPO ÉTNICO				
Negro afrodescendiente	4 12.1%	791.34	.000	Coeficiente de Contingencia .338
Indígena	6 35.3%			
Mestizo u otro diferente	763 13.2%			
Otro	13 40.6%			

(Fuente: Elaboración Propia)

Finaliza el análisis bivariado con los *determinantes sociales intermediarios - restricción en la participación* (tabla 11), en el que con relación a los determinantes sociales intermedios, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de afiliación al SGSSS y

restricción en la participación y (X^2 : 7.43, p: .024). La dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.035) lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el determinante actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses y restricción en la participación (X^2 : 3937.81, p: .000), y la dependencia entre estas se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.625) lo cual indica una dependencia proporcional moderada alta.

Entre el ingreso mensual promedio y restricción en la participación (X^2 : 237.51, p:.000), se encontró asociación estadísticamente significativa. La dependencia entre estos dos aspectos se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.193) siendo esta una dependencia proporcional baja o nula. También se encontró asociación estadísticamente significativa entre el determinante actividad económica actual y restricción en la participación (X^2 : 436.54, p: .000). La dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.382) evidenciando una dependencia proporcional moderada o baja.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de vivienda y la restricción en la participación (X^2 : 24.335, p: .000). La dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.063) lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula.

También se encontró asociación estadísticamente significativa entre condición de tenencia de la vivienda y restricción en la participación (X^2 : 40.46, p: .000). La dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.081) lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula.

No se encontró asociación entre recuperación de la discapacidad y restricción en la participación (X^2 : .533, p: .464), como tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores de recuperación y la restricción en la participación y (X^2 : .1.08, p: .780).

Existe asociación entre el tipo de rehabilitación ordenada (Terapias) y la restricción en la participación (X^2 : 39.66, p: .000). La dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente phi (.081) indicando dependencia proporcional baja o nula.

Pudo observarse asociación entre tipo de rehabilitación ordenada (Medicamentos) y restricción en la participación y (X^2 : 197.61, p: .000). Y la dependencia entre estos dos se comprobó a través del coeficiente phi (-.180) que indica una dependencia inversa baja o nula.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre otro tipo de rehabilitación ordenada y restricción en la participación (X^2 : .705, p: .401). En contraste, sí se encontró asociación entre el determinante asiste actualmente a rehabilitación y la restricción en la participación (X^2 : 5.76, p: .016), la dependencia entre estos dos se comprobó a través del coeficiente de phi (-.031), dependencia inversa baja o nula.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de establecimiento donde recibe la rehabilitación y la restricción en la participación (X^2 : 30.78, p: .000). La dependencia entre estos determinantes se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.071) lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula.

Tabla 11. Determinantes sociales intermediarios - restricción en la participación.

DETERMINANTES INTERMEDIARIOS x RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN				
DETERMINANTE	FRECUENCIA /PORCENTAJE	X²	VALOR P	COEFICIENTE
AFILIACIÓN A SSSG				
Sin afiliación	107 20.0%	7.436	.024	contingencia .035
Afiliado	888 15.9%			
No sabe/no responde	4 28.6%			
ACTIVIDAD QUE SE ENCUENTRA DESARROLLANDO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES				
Trabajando	88 4.2%	3937.816	.000	contingencia .625
Estudiando	126 5.2%			

Otros	106 11.7%			
No sabe/no responde	693 99.0%			
TRABAJO REALIZADO				
Obrero	15 2.5%	124.805	.000	.141
Patrón	0 0%			
Incapacitado	22 6.1%			
Sin trabajo	976 18.7%			
CAPACIDAD PARA TRABAJO AFECTADA POR DISCAPACIDAD				
Si	290 6.2%	7.280	.007	Phi: .037
No	27 3.7%			
INGRESO MENSUAL PROMEDIO				
sin salario	913 90.1%	237.51	.000	contingencia .193
Menos de un salario mínimo hasta 3 salarios mínimos	84 8.3%			
Más de tres salarios mínimos	16 1.6%			
ACTIVIDAD ECONÓMICA ACTUAL				
Industria	3 3.3%	436,542	.000	contingencia .382
Comercio	6 3.8%			
Agrícola	2 1.5%			
Pecuaria	0 0%			
Servicios	450 17.6%			
Otra	89 3.5%			
Edad no laboral	1637 64.0%			
TIPO DE VIVIENDA				
Casa	944 17.2%	24.357	.000	Contingencia .063
Institución	62 10.0%			
Otro tipo de vivienda	2 5.3%			
CONDICIÓN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA				
Propia	417 14.8%	40.468	.000	contingencia .081
Arriendo	480 20.0%			
Otro	40 14.4%			

No sabe/no responde	76 11.5%			
RECUPERACIÓN DE LA DISCAPACIDAD				
Si	237 17.1%	.533	.465	No aplica
No	776 16.3%			
FACTORES DE RECUPERACIÓN				
Los servicios de salud y medicina alternativa	132 17.5%	1.087	.780	No aplica
Apoyo familiar, empeño por salir adelante, a Dios	77 15.4%			
Otro	2 16.7%			
En recuperación o sin rehabilitación	776 16.3%			
TIPO DE REHABILITACIÓN ORDENADA				
Terapias	670 18.8%	39.660	.000	Phi .081
Medicamentos	377 10.6%	197.61	.000	Phi -.180
Otro tipo de Rh	149 15.4%	.705	.401	No aplica
ASISTE ACTUALMENTE A REHABILITACION				
Si	650 15.7%	5.767	.016	Phi: -.031
No	363 18.1%			
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE REHABILITACION				
Publico	460 14.2%	30.78	.000	Coeficiente de contingencia .71
Privado	180 21.3%			
No sabe	10 18.9%			
No asiste a rehabilitación	363 18.1%			

(Fuente: Elaboración Propia)

9. DISCUSION DE RESULTADOS

Para dar inicio a este apartado es importante señalar que factores como: sexo, edad, educación, empleo, vejez son importantes aspectos que dentro del bienestar y la salud, están presentes como categorías centrales al discernir sobre determinantes sociales de la salud y la discapacidad en Manizales. Algunos de los estudios analizados, como los de Tovar y García [23], Rodríguez [33], Tovar [64] y Zambrano [59] han usado los determinantes como una forma de aproximarse al conocimiento de los factores relacionados con la exclusión social. En otros, los determinantes han sido usados como indicadores de efectividad de políticas públicas que tienen correspondencia con determinantes sociales en salud, además de haberse usado como indicadores de salud de la población, como el de Hernández y Hernández [60]. En todos se encuentra que la salud de las personas que viven en zonas rurales es más afectada dependiendo del sistema de seguridad social en el que estén inscritos. Asimismo, se encuentra como base de la percepción de un buen estado de salud, el ingreso mensual. El determinante educación se reveló en los antecedentes como uno de los principales mecanismos para aumentar o disminuir el nivel de salud.

Los resultados de este proyecto permitieron establecer que, para el municipio de Manizales, de los determinantes estructurales de mayor prevalencia en las personas con discapacidad incluidas en el registro fue el sexo. Las deficiencias y limitaciones permanentes son más prevalentes en el sexo femenino, hallazgo que coincide con los estudios realizados por Rodríguez en el 2010 [33] y por Cruz-Velandia y Hernández-Jaramillo en el año 2008 [54], igualmente, coincide con los resultados del estudio realizado en el año 2006 por Tovar y García [61] quienes encontraron que existe una menor probabilidad de presentar un buen estado de salud si se pertenece al sexo femenino. Según los resultados de dicha investigación, el ingreso está siendo un aspecto que se relaciona con las diferencias en la condición de salud entre hombres y mujeres, en tanto que se comprobó que a medida que se incrementa el ingreso aumenta la probabilidad que, tanto hombres como mujeres presenten un mejor estado de salud, sin embargo, la probabilidad, es aún mayor para los hombres que para las mujeres.

No obstante, en el estudio realizado en 2006 por Obando et al [62] en el Departamento del Cauca se registraron más hombres que mujeres, asimismo, en el año 2005 en la investigación de Hernández y Hernández [60] se encontró que la discapacidad se presenta más en el sexo masculino; los autores manifiestan que esto podría estar relacionado con actividades laborales más riesgosas, la mayor participación en el conflicto armado y la exposición a factores relacionados con los hábitos de vida y el consumo; esos hallazgos difieren de los resultados de la presente investigación, en los que si bien el sexo masculino es quien presenta mayor frecuencia de enfermedades profesionales (103 registros) la principal causa a la que se atribuye la deficiencia es la enfermedad general (25.4%) y no el conflicto armado (0.2 %), siendo este el porcentaje más bajo de todas las causas de las personas registradas en Manizales. Tales diferencias entre resultados pueden deberse a que la investigación de Hernández y Hernández [60] retomó datos de nueve ciudades del país, en donde los hábitos de vida y consumo nocivos, como también la presencia del conflicto armado pudieron ser mayores en comparación con Manizales.

En los datos de los registros de Manizales, Bogotá [54], y Cauca [62] otro de los determinantes estructurales identificados fue la edad. Para el caso de Manizales los dos rangos de edad con mayor porcentaje de personas con deficiencias y limitaciones fueron de 0 hasta los 14 años de edad (21%) y de los 65 años en adelante (58.7%), los datos sugieren que la discapacidad se concentra en el grupo de mayores de la adultez media y la vejez, lo cual podría responder a la transformación poblacional en términos del aumento paulatino que ha tenido este grupo etario en las últimas décadas [54], también podría deberse a los cambios degenerativos que se dan llegado a esta etapa del ciclo vital, aunado a ello las enfermedades propias de la vejez podrían exacerbar los procesos propios de envejecer con discapacidades o de generar discapacidades.

Lo anterior ratifica las estimaciones de la OMS [34] y los datos derivados del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) [51] que sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, informan tener más limitaciones con actividades de la vida diaria (mujeres de las áreas urbanas más que mujeres de áreas

rurales) y que también pueden esperar vivir más años que los hombres a pesar de la discapacidad y las limitaciones funcionales.

En lo que al determinante educación se refiere, para el municipio de Manizales, se encontró que la muchas de las personas con discapacidad registradas tienen niveles educativos bajos y otros ni siquiera han accedido a la educación formal. Similares resultados arrojó el estudio de Cruz-Velandia y Hernández-Jaramillo [54] para el caso de Bogotá.

Según todo lo anterior, los estilos y hábitos y las condiciones de vida como el entorno físico del individuo (hogar, escuela, trabajo) y las estructuras sociales (servicios, sistemas de salud, ciudad) están íntimamente relacionados con la generación de condiciones que crean o exacerban la discapacidad [12,59].

Grupo étnico mestizo es el de mayor proporción a nivel nacional conforme a los datos del DANE (2008)⁶, los hallazgos para Manizales no difieren de los datos nacionales, en tanto que las personas del registro son en su mayoría pertenecientes al grupo étnico mestizo. Por tanto, es posible que al existir más personas mestizas en Manizales exista una mayor probabilidad de que sean precisamente las personas pertenecientes a este grupo étnico quienes hayan informado de una mayor proporción de deficiencias y limitaciones, pues grupos étnicos como el indígena o el negro afrodescendiente no tienen gran presencia en el municipio, como si se da en otras zonas del país tales como la Amazonia o la Costa Pacífica. Aunado a ello, cabe resaltar que como lo indican Urrea et al [68] en el informe “Pobreza y Grupos Étnicos en Colombia: Análisis de sus Factores Determinantes y Lineamientos de Política para su Reducción”, debido a la gestión de las comunidades indígenas ha aumentado la participación de ellos en el régimen subsidiado y ha logrado canalizar recursos para la mejora de los servicios de agua potable y saneamiento básico aspecto que repercute en mejores condiciones de salud.

La mayoría de las personas registradas en Manizales vive en la cabecera municipal, pertenecen al estrato socioeconómico 1 y 2 (66%), es decir son hogares en el margen de

⁶ www.colombiaya.com/seccion-colombia/etnografia.html

pobreza [5] datos muy similares fueron encontrados en la ciudad de Bogotá por Cruz-Velandia y Hernández-Jaramillo [54]. Al respecto de esta situación, Hernández y Hernández [60] señalan que existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de personas con deficiencias pobres y no pobres, y que además el riesgo relativo de tener discapacidad es 12 veces mayor en los hogares clasificados como pobres que en los no pobres. Asimismo, los resultados de la investigación realizada por Tovar y García [23] indican que existe una relación positiva entre vivir en la cabecera municipal y tener un mejor estado de salud.

Con respecto al origen de la discapacidad se encontró también relación directa con determinantes sociales, políticos y de equidad en las naciones, que se refieren al acceso de las poblaciones a los servicios de salud y al tiempo a la adecuada e inadecuada prestación de los mismos, así como a programas de prevención y promoción de algunos países [23,53]. Para Manizales, como consecuencia de enfermedad general ocurrieron el 24,5% de los casos, debido a alteraciones genéticas y hereditarias el 11,8%, el 8% debido a accidentes y el 6% por condiciones difíciles durante el parto. Los anteriores resultados difieren de los presentados por Hernández y Hernández (60) en tanto que los autores encontraron que son los traumatismos, la violencia y los problemas del desarrollo las causas con mayor presencia.

El tipo de alteración más frecuente movimiento del cuerpo, brazos y piernas (44.7%) seguido de las alteraciones del sistema nervioso, este resultado coincide con los hallazgos a nivel nacional presentados en la Encuesta Nacional de Salud del Minprotección Social (2007) [15] aspecto que indica que persisten tales deficiencias como las más frecuentes en el país.

Así pues, los resultados de la presente investigación arrojaron que en su mayoría son adultos mayores de 65 años (28,3%) los que presentan discapacidad y por su condición unida al proceso natural envejecimiento pueden presentar mayores probabilidades de tener problemas de salud [63]. Esto converge con los análisis estadísticos de Rodríguez [33] y Tovar y García [61] para Colombia, en los que se halló que al aumentar la edad aumenta la

probabilidad de presentar un problema de salud y la población sin seguro y la subsidiada, es la más vulnerable ante la presencia de un problema de salud. Con respecto a vivir en zona urbana y contar con mejor estado de salud, se encontró que viven en la cabecera municipal el 88,7% de las personas registradas con discapacidad en Manizales. Lo cual difiere con los resultados de Rodríguez [33] y Tovar y García [61] quienes señalan que existe una relación positiva entre el hecho de vivir en una zona urbana y gozar de un buen estado de salud.

Por otro lado, frente a los determinantes intermedios, particularmente el tipo de afiliación a SGSSS en Manizales, el 62,8% de la población del RLCPD está afiliado al régimen subsidiado. Estos datos son similares a los de la Ciudad de Bogotá en donde el 49% de la población pertenece a dicho régimen [54]. Esta situación es preocupante, si se toma en cuenta que frente al tipo de afiliación al SGSSS Tovar y García [23] encontraron que en diversas zonas del país, el no estar afiliado al sistema de salud, o estar afiliado mediante el régimen subsidiado, tenían efectos negativos sobre la salud, y que por ende quienes presentan mejores estados de salud son aquellas personas que pertenecen al régimen contributivo y al régimen especial.

Lo anterior ratifica lo expuesto por Rodríguez [33] quien manifiesta que “la ausencia de una buena participación al SGSSS repercute en el estado de salud, en muchas ocasiones, inhabilita a los individuos y las familias para lograr el desarrollo personal y la mejora de procesos de recuperación de dolencias”. Señala también que el bienestar económico de cada familia, la buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y el desarrollo económico de las naciones a largo plazo. La esfera laboral de las personas del registro presenta también datos preocupantes en tanto que con todo lo dicho puede entenderse que la incapacidad permanente para trabajar sin pensión reduce la posibilidad de obtener mejores condiciones económicas y de salud, e igualmente dificulta el ascenso en la estructura social, aspecto que se ve corroborado por el dato de un 0% de personas que se desempeñan como patrones, y un muy bajo porcentaje de personas que devengan más de 4 a 5 salarios mínimos, aunado a ello, cabe resaltar que la principal causa por la cual las personas del RLCPD no recibe rehabilitación es la falta de dinero. Al respecto, otro estudio de Tovar [64], señala también que *existe relación positiva*

entre el ingreso promedio del hogar y los mejores estados de salud. Así, la probabilidad de que cuando el ingreso promedio del hogar aumenta, una persona demanda menos atención en salud porque la salud mejora. Los hallazgos del presente estudio para Manizales, son muy similares, pues se encontró que no devengan ningún salario el 71,2% de las personas con discapacidad registradas en Manizales, aspecto que podría llegar a impactar su salud.

Los estudios de Colombia, hechos por Tovar y García [61] y Tovar [23], se relacionan con el estudio realizado en Perú [53] en el que afirman que a mayor nivel de pobreza mayores probabilidades de enfermedad hay. En ese estudio se encontró que “la ausencia o insuficiencia de recursos económicos fue la razón mencionada por la gran mayoría de los entrevistados peruanos (74,3% en 1997 y 82,2% en 2000) que no pudieron consultar a un servicio de salud pese a autoperibirse como enfermos” (OPS/MINSA, 2003)[53]. En este orden de ideas, el estudio de Zambrano [59] ha demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos, como la región, la zona donde se habita, el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la autopercepción del estado de salud.

Continuando con los determinantes intermediarios, se encontró que son los establecimientos públicos del municipio de Manizales quienes más atienden a las personas con deficiencias y limitaciones, asimismo, es el SGSSS quien asume la mayor parte de los costos de la rehabilitación, contrario a esto, solo el 0.1% de las veces es el empleador quien ha asumido dichos costos, quizá esto pueda deberse al subempleo presente en la población del registro. No todas las personas siguen la orden de rehabilitación porque consideran que no la necesitan o no les gusta, otros por distancia y dificultad de transporte o carencia de dinero para ir.

Todo lo anterior hace referencia clara a lo expuesto por Sen [8] sobre la pobreza como factor número uno de privación de necesidades básicas que se evidencia en resultados de los estudios de Canadá [32] y Perú [53] en los que afirman: “los que vivían en los hogares de ingresos más bajos tenían una tendencia cuatro veces mayor a describir su salud como regular o mala que aquellos que vivían en los hogares con ingresos más altos”. Para

subsancar esto se sugiere que haya una política de crecimiento económico que reduzca las inequidades en la distribución del ingreso que lleve a mejores niveles de salud de la población” [59], como también lo señala Rodríguez [33] al afirmar que la población pobre es la más vulnerable te la presencia de un problema de salud y la ausencia de dinero continua siendo una de las principales barreras para acceder a los servicios de salud. En su estudio los resultados indican al igual que en el presente, que la población asegurada, no obstante contar con seguro, también aduce la falta de dinero como limitante del acceso - 14.4%- y dentro de la población asegurada el mayor impacto de este determinante sobre la población pobre sin capacidad de pago - régimen subsidiado, 17%.

En cuanto al determinante intermediario barreras, para Manizales priman las barreras arquitectónicas, por encima de las actitudinales. Según se analizó en el registro, el 79% de las personas *no* percibe actitudes negativas por parte de otros, mientras que un 46% percibe barreras arquitectónicas en calles y vías, situación bastante positiva pero que a la vez invita a prestar mayor atención a los espacios públicos y la accesibilidad en cuanto al seguimiento que debe darse a la normatividad existente para construcción y urbanismo, lo que debe ir de la mano de un diseño universal que permita a todos por igual el uso de distintos espacios, pues se constituye de lo contrario en limitante para la participación social.

En cuanto al determinante intermediario barreras actitudinales, en la ciudad de Bogotá [54], declararon no sentir afectadas sus actividades diarias como consecuencia de actitudes negativas provenientes de personas a su alrededor la mayoría de las personas registradas (75%), al igual que en Manizales [18], en donde el 79,3% declaró lo mismo; sin embargo, si convive con este tipo de actitudes negativas en Bogotá el 25% (21.919) y en Manizales el 20,7%(1.274), actitudes que provienen de familiares en un 40% (8.751) en Bogotá y un 42,8% (545) en Manizales.

Por otra parte, el análisis bivariado que permitió identificar o descartar la asociación y dependencia entre los DDS y la restricción en la participación de las personas del registro, arrojó datos relevantes en torno a la inexistencia de asociación entre el nivel educativo y la participación social, no obstante, el nivel educativo si restringe la participación cuando de

organizaciones se trata. Asimismo, se encontró que no existe asociación entre el estrato socioeconómico y la restricción en la participación, la situación cambia cuando se trata del tipo de área donde se reside, debido que si existe asociación estadísticamente significativa entre el tipo de área y la restricción en la participación, siendo esta más prevalente en el caso de las personas que residen en el área rural.

Una de las variables que sí estuvo asociada con la restricción en la participación fue la edad, el nivel de dependencia entre estas variables fue proporcional moderado alto, eso indica que a medida de que aumenta la edad aumenta la restricción en la participación social.

Otra de las variables con asociación estadísticamente significativa y dependencia de nivel moderada alta es la actividad económica que se encontraba desarrollando los últimos 6 meses, situación que puede deberse a que al estar sin empleo las dinámicas sociales de las personas se ven impactadas dado que no cuentan con un grupo social, tal posibilidad se toma en cuenta dado que el ingreso mensual no estuvo asociado significativamente con la restricción en la participación.

Continuando con las variables con asociación estadísticamente significativa con niveles de dependencia moderada alta, se encontró que el tipo de establecimiento donde recibe la rehabilitación influye en la posibilidad de participación social, para el caso del presente estudio, el tipo de establecimiento predominante fue el público.

Por otra parte la investigación desarrollada por West [70] encontró que es la estigmatización por parte de las comunidades lo que más restringe la participación en las actividades deportivas, encontrando a su vez estas personas 3 alternativas frente a dichas actitudes negativas: 1) dejarse vencer por el estigma, 2) luchar contra el estigma, 3) aceptando y entendiendo su situación. Estos aspectos ponen su énfasis en aquellas condiciones sociales, económicas, y culturales que se presentan como aspectos a ser intervenido desde distintos frentes, pues como se señaló anteriormente una de las cosas que

más claman las personas con discapacidad es poder participar de la sociedad sin restricciones.

Finalmente, con respecto también a participación, las oportunidades de educación están restringidas en las personas en situación de discapacidad, se encuentra que social y económicamente están excluidas de las oportunidades de participación en empleo, y sus ingresos no permiten alcanzar los satisfactores sociales requeridos para lograr una adecuada calidad de vida en la que se acceda y participe socialmente de muchas actividades e igualmente las actitudes juegan un papel importante en esta participación.

10. CONCLUSIONES

Según los hallazgos, son cuatro los aspectos de mayor importancia para establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación). En primer lugar, el nivel educativo alcanzado debido al estrato socioeconómico por tipo de trabajo y salarios, junto a tipo de discapacidad y limitación; en segundo lugar, la baja cobertura de afiliación a la seguridad social; tercero, el costo de los servicios y las barreras económicas como determinantes principales del acceso; y cuarto, las inequidades en el acceso de todos los anteriores.

El análisis global por grupos de factores personales y ambientales, señala mayor peso de los ambientales en la generación y exacerbación de la restricción en la participación, en la medida en que responden a determinantes relacionados con modos y condiciones de vida. Los factores personales – especialmente los relacionados con edad, género y estructura y función corporal demuestran una relación, 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.

En cuanto al origen de la discapacidad, como determinante estructural, se resalta cómo la mayoría de la población desconoce su origen y quienes sí lo conocen, respondieron que es producto de enfermedad general. El conocimiento del origen de la discapacidad es fundamental para las estrategias de habilitación y rehabilitación y el tipo de intervenciones a realizarse por parte del SGSSS y que no conocerlo dificulta estos procesos.

Otro de los determinantes estructurales de la salud y la discapacidad fundamental en Manizales es la posibilidad de participación y acceso (a nivel social laboral, educativo, recreativo, etc) punto en el que los resultados indican que son las barreras en vivienda y entorno físico las que limitan en gran medida a las personas del registro.

Por otra parte, identificados los determinantes sociales intermedios, se observa que su comportamiento en Manizales señala que en general la población de estudio ha visto afectada su capacidad para el trabajo por su discapacidad y se encuentra en su mayoría incapacitada permanentemente para trabajar y no reciben pensión. El trabajo al que se dedican es de oficios del hogar o trabajo independiente e informal, de comercio no calificado, por lo que el tipo de afiliación al SGSSS es en calidad de subsidiado para la gran mayoría. 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.

Los demás determinantes intermedios indican que la población registrada ha sido remitida y asiste a servicios de rehabilitación (sobretudo fisioterapia) y ha sido formulada permanentemente con medicina farmacológica. Las personas con discapacidad viven con menos de un salario mínimo mensual y habitan y pagan arriendo de casa. Algunos manifestaron no recibir rehabilitación por falta de dinero, según esto, las condiciones de vida como el entorno físico del individuo (hogar, escuela, trabajo) y las estructuras sociales (servicios, sistemas de salud, trabajo) están íntimamente relacionados con la generación de condiciones que crean o exacerban la discapacidad, retomándose el hecho de que se encontró asociación estadísticamente significativa entre los determinantes restricción en la participación y asistencia a rehabilitación.

Así mismo, el análisis de determinantes intermediarios demostró que muchas de las personas en situación de discapacidad no tienen protección social en salud y no reciben por tanto rehabilitación; esto se debe quizás a las dificultades que presenta el sistema de salud de nuestro país. A ello se le suma que un alto porcentaje de quienes no asisten a rehabilitación, refieren como razones la inaccesibilidad de los servicios además de no tener dinero, dificultad para desplazarse y el requerir compañía para el traslado. El no tener acceso a los servicios de rehabilitación podría representar la dependencia y la existencia de barreras para la participación de las personas en situación de discapacidad.

Se muestra entonces la situación de discapacidad por el desajuste en el ambiente físico y social relacionado con las particularidades del funcionamiento humano. Así, la discapacidad se propone en razón de la distancia entre las demandas del ambiente y las libertades y derechos de las personas en situación de discapacidad no por la mal llamada “incapacidad” del individuo para responder a las demandas del ambiente. Cómo se demostró en el análisis, son las barreras físicas y actitudinales, la restricción en el acceso a los servicios, así como los sistemas los que dan lugar a la exclusión social de las personas con discapacidad.

11. RECOMENDACIONES

Se sugiere evaluar y redefinir los servicios ofrecidos a la población con discapacidades. Las bajas tasas de escolarización de las personas con discapacidad así mismo, la tasa de desempleo por incapacidad permanente ligado a que las personas con discapacidad sean marginadas de la vida social detrimentan la estima, el patrimonio familiar y social. Sería interesante pensar en el acceso educativo según sitio de vivienda y en capacitaciones empresariales en pro de la inclusión laboral lo que traería beneficios para la persona, la familia y el desarrollo regional.

Este estudio puede resultar de beneficio para la creación de nuevas políticas públicas sobre discapacidad, ya que describe como se encuentra la discapacidad en la ciudad. Para que las políticas que busquen mejorar el estado de salud de las personas con discapacidad sean realmente efectivas deben encaminarse acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud y a mejores condiciones socioeconómicas. Exhortamos a que la política pública en discapacidad para Manizales, profundice el esfuerzo por aumentar la educación básica y especializada para las personas con discapacidad, puesto que la educación está estrechamente ligada a la posición socioeconómica y la movilidad en la estructura social. Toda política económica o social, debe ser diseñada y desarrollada buscando mejorar la educación de la población, tanto a la educación básica como a la educación para la salud debido que esto conlleva a beneficios para la calidad de vida de la población. Por tanto el gobierno municipal debe pensar en multiplicar sus esfuerzos, no sólo por la inclusión educativa, sino para hacer que la población alcance cada vez mayores niveles educativos para el caso específico de la mejora de la salud y la participación.

Por estar ubicados en su mayoría en estratos bajos y ser desempleados, las dificultades económicas son un aspecto relevante en la población con discapacidad, pues no sólo afecta el acceso a los servicios de salud y de rehabilitación, sino la posibilidad de acceder a mejores condiciones de vivienda, educación y calidad de vida en general. Se recomienda, entonces, velar porque las iniciativas del gobierno municipal generen mayores acciones en torno a la inclusión laboral y condiciones saludables de trabajo para las personas con

discapacidad y/o sus familiares, esto debido a la interacción presente entre el empleo/desempleo y salud/pobreza. Sin embargo, más allá de esta situación se encuentran las dificultades del inequitativo SGSSS sobre el cual poco a poco se han ido dando cambios tendientes a reducir la desigualdad entre los distintos regímenes pero las barreras actitudinales siguen frenando los propósitos de equidad.

Con todo lo dicho cabe resaltar la afirmación de Diderichsen et al [55] en la que sostiene que “para hacer frente a inequidades de la salud, se deben 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”.

Por otra parte, la existencia de barreras físicas en calles, vías, colegios, restaurantes, tiendas, bancos, centros comerciales, parques, etc. hace pensar también en la urgencia de hacer cumplir las normas establecidas para construcción y urbanismo en la ciudad, normas como el Compendio Accesibilidad Arquitectónica al Medio Físico, ICONTEC NTC4143-NTC4279 –NTCS4145-NTSC4201-NTSC4140 que ha sido aplicado a la discapacidad según demandan la Ley 361 de 1997; reglamentada por la resolución nº 14861 del 4 de Octubre de 1985 del Ministerio de Salud y el decreto 1538 de 2005. No obstante, si bien la disminución de las barreras se convierte en un aspecto relevante para poder permitir la participación social de las personas con discapacidad, la autoestima sube al sentirse partícipe y tenido en cuenta, y se asocia con una mejor salud de las personas con enfermedades crónicas o discapacidad.

Asimismo, se requieren mayores y mejores esfuerzos frente a las barreras actitudinales, principalmente para modificar las actitudes negativas hacia las personas con discapacidad las cuales influyen en la restricción en la participación social de las personas con discapacidad buscando Hacer de las comunidades espacios para una adecuada interacción

social sobre la base del respeto activo por los demás. A tal labor están convocados todos los profesionales en el área de la salud, debido que las estrategias informativas no siempre generan el impacto esperado en este sentido. De ahí que se requiera del uso de estrategias que posean evidencia científica y que permitan la medición adecuada de la efectividad de las acciones emprendidas.

Estos aspectos ponen su énfasis en aquellas condiciones sociales, económicas y culturales que se presentan como aspectos a ser intervenidos desde distintos frentes, pues como se señaló ya una de las cosas que más requieren las personas con discapacidad es poder participar de la sociedad sin restricciones empezando por el derrumbe de barreras físicas y actitudinales, promoviendo acceso a la educación, a los servicios de salud y al empleo. El desempleo, supone una pérdida productiva inmensurable para la familia, la comunidad y el país, en tanto que ello implica no alcanzar otros satisfactores relacionados con la empleabilidad que se hacen vitales para el desarrollo integral a nivel personal y social-regional

Por otro lado la investigación puede articularse con otros proyectos que se realizan en el grupo de investigación Cuerpo Movimiento de la UAM, desde la perspectiva de epidemiología y políticas públicas así como desde procesos de intervención, constituyéndose a futuro en una línea de investigación fortaleciendo el área temática de los determinantes sociales de la salud bajo la perspectiva de una nueva mirada del proceso salud enfermedad propuesta por la OMS en relevancia con el análisis los fenómenos sociales, en este caso la discapacidad, la que las variables sociodemográficas cobran.

Fortalece en una perspectiva interdisciplinar el objeto de estudio de la maestría en discapacidad por ello, los resultados de este proyecto benefician a la comunidad académica de la UAM, a las propias personas con discapacidad, a sus familias y a toda la sociedad, pues es en el colectivo humano donde la discapacidad emerge como otra categoría más que lo influencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá (Colombia), 8(17):69-79; 2009. [Consultado 20 noviembre 2012]. Disponible en: http://www.rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol8_n_17/estudios_1.pdf
2. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneve: WHO. 2007. [Consultado 17 octubre 2011]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html.
3. Brandt E, Pope A. Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering. Washington: National Academy Press; 1997.
4. Brigeiro MI. Cuerpo, cultura y discapacidad: Aproximaciones analíticas desde la teoría social. En: Cuervo C, Trujillo A, Vargas D, Mena B, Pérez L, editores. Cap.IV. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2005.
5. Cuervo C, Trujillo A, Vargas D, Mena B, Pérez L, editores. Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005.
6. Idrovo ÁJ, Ruiz-Rodríguez M. Una visión global a la salud de la población en Colombia: rol de los macrodeterminantes sociales. Biomédica 2007; vol.27 pp.333-344. [Consultado 27 diciembre 2012].
7. Vargas DR. Representaciones sociales de la discapacidad en los consejos locales de discapacidad de Bogotá D.C. 2006. [Consultado 21 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/666/1/5966942006.pdf>.

8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Publica [serial Internet]. 2002 June. 11(5-6): 302-309. [Consultado 25 octubre 2012]
9. Banco Interamericano de Desarrollo BID. Discapacidad y Desarrollo Inclusivo. In: BID; 2010. [Consultado 2 noviembre 2012]. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,contentMDK:20286243~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282699,00.html>
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de población por sexo y edad: 1985 - 2006. Bogotá: Ediciones DANE; 1999. [Consultado 15 mayo 2011]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Proyecciones_poblacion.pdf
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y Demografía. Grupo de Discapacidad. Identificación De Las Personas Con Discapacidad En Los Territorios Desde El Rediseño Del Registro. DANE; 2008. [Consultado 21 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/identificacion%20en%20los%20territorios.pdf>
12. Gómez Beltrán JC. Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. Fundación Saldarriaga Concha, editor. 2010. [Consultado 15 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/discapacidad-en-colombia-reto-para-la-inclusion-en-capital-humano.pdf>
13. Departamento Nacional de Planeación. Política Pública Nacional de Discapacidad. Documento CONPES Social 80, julio 26 de 2004. [Consultado 15 octubre 2012]. Disponible en: www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/080.pdf
14. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2005-2006. Bogotá DC, Colombia.

- DANE; 2008. [Consultado 8 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/identificacion%20en%20los%20territorios.pdf>
15. Fundación Saldarriaga Concha. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Fundación Santa Fé de Bogotá, editor. 2009. [Consultado 15 octubre 2012]. Disponible en: <http://mesadesplazamientoydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009.pdf>
 16. Agenda de Desarrollo Sostenible de la Ecorregión Eje Cafetero. Insumo para la agenda del desarrollo sostenible de la ecorregión eje cafetero 2011. Universidad Tecnológica de Pereira y Universidades Públicas del Eje Cafetero. Universidad Tecnológica de Pereira - CRIE Editor. [Consultado 25 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.almamater.edu.co/sitio/Archivos/Documentos/Documentos/00000333.pdf>
 17. Rojas J. Colombia: Quindío - crisis social y crisis humanitaria. Informe de trabajo de campo, Observatorio de CODHES: Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 2003 [Consultado 13 diciembre 2012]. Disponible en: reliefweb.int/report/colombia/colombia-quind%C3%ADo-crisis-social-y-crisis-humanitaria.
 18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de censos y demografía. DANE. Información sobre Discapacidad. Secretaria de Salud: Manizales; 2006.
 19. ALCALDIA DE MANIZALES. Secretaría de Salud Pública y Universidad Autónoma de Manizales. Resultados de la implementación del registro DANE para la localización y caracterización de las personas en situación de discapacidad en la Ciudad de Manizales. 2008.

20. 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Consultado 15 febrero 2012]. Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
21. Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución: 008430 del 4 de octubre de 1993. Santafé de Bogotá; 1993. [Consultado 22 diciembre 2012]. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
22. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G & Cieza A. Funcionamiento y Discapacidad: La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). En: Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 775-78. N.º 6. Noviembre-Diciembre.
23. Tovar LM, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia. Lecturas de Economía 2003:177-208. [Consultado 27 noviembre 2012]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=155213357006>
24. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). London. Health and social organization. 2000. Pp. 71-93.
25. Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional. [sitio en internet]. [Consultado 1 diciembre 2012]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/events/2007/csdlh/es/index.html
26. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud [online]. 2009, vol.8, n.17 [Consultado 7 diciembre 2012]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=54514009005>.

27. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm. Stockholm: Institute of FuturesStudies; 1991.
28. Ávila-Agüero ML. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta méd. costarric. 2009 51(2): 71-73 [Consultado 4 diciembre 2012]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002&lng=es.
29. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. In: A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva. WHO; 2010. [Consultado 10 octubre 2010] Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
30. Hernández M. La salud fragmentada en Colombia 1910-1946. Santa Fe de Bogotá: Editorial: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Bogotá; 2008.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Instituto De Migraciones Y Servicios Sociales. 2001
32. Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Health Canada. The Social Determinants of Health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector. [Libro electrónico]. Toronto: York University School of Health Policy and Management; 2010. [Consultado 20 diciembre 2012]. In http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf.
33. Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. 2010. [Tesis] Departament d'Economia Aplicada. Universitat Autònoma de

- Barcelona. E-08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès). [Consultado 14 noviembre 2012]. En <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>
34. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid facts. [Libro electrónico]. Copenhagen: WHO; 2003. 2nd. Edicion. [Consultado 23 octubre 2012]. In: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.Pdf
 35. Borrell C, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. GacSanit. 2010. doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.005. [Consultado 4 octubre 2010] Disponible en: <http://iudesp.ua.es/es/documentos/publicaciones/comision-para-reducir-lhttps-vuala-ua-es-index-php-as-desigualdades-en-salud-en-espana-2010.pdf>
 36. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J, et al. Final report to World Health Organization Commission on the social determinants of health from measurement and evidence knowledge network, 2007 [Consultado 10 julio 2011]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/cs dh_media/hskn_final_2007_en.pdf
 37. Navarro V, editor. The political and social contexts of health. Amityville, New York: Baywood Publishing; 2004.
 38. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22:429–45. [E-book] [Consultado 14 abril 2012] Disponible en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf
 39. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, et al. Synthetising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. J Health Serv Res Policy. 2005;10: 45–53.
 40. Clarke A, McCarthy M, Álvarez-Dardet C, et al. New directions in European public health research: report of a workshop. J Epidemiol Community Health. 2007;61:194–7.

41. 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.
42. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661–9.
43. Weber L. A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality. *Psychology of Women Quarterly*. 1998; 22:13–32.
44. Weber L.A. Reconstructing the landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. In: Schulz AJ, Mullings L, editores. *Gender, race, class, and health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 21–59.
45. 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
46. Sihto M. Reducing socioeconomic inequalities in health. *Health Policy Monitor*. 2007 [Consultado 10 julio 2011]. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/fi/a9/2>.
47. National Institute for Health Research (UK). *Delivering health research: progress report 2008/09*. London: Department of Health; 2009.
48. Rodríguez-Blas C. Encuesta Nacional de Salud de España. 2007. [Consultado 22 de diciembre 2012]. Disponible en: www.revistaindice.com/numero20/p9.pdf
49. Denton M. Las diferencias de género en los determinantes estructurales y de comportamiento de la salud: un análisis de la producción social de salud. *Ciencias Sociales y Medicina*, 1999. Volumen 48, Número 9, Páginas 1221-1235.

50. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *SocSci Med.* 2004 Jun;58(12): 2585-600. McMasterUniversity, Ont., Canada. PMID: 15081207 [PubMed - indexed for MEDLINE] En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15081207>.
51. Ham Chande R, Gutiérrez Robledo LM. Salud y envejecimiento en el siglo XX. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. [Consultado 12 octubre 2012]. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-6342007001000001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-6342007001000001>.
52. Salgado de Snyder N, Wong R. Género y pobreza: Determinantes de la Salud en la vejez. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. [Consultado 30 diciembre 2012]. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-6342007001000011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-6342007001000011>.
53. Lip Licham C; Rocabado Quevedo, F. Cuadernos De Promoción De La Salud N° 17: Determinantes sociales de la salud en Perú. [Revista en línea]. Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; OPS, 2005. 84 pp[Consultado 26 Nov 2012] Disponible en : http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/143_detersoc.pdf
54. Cruz-Velandia I, Hernández-Jaramillo J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. [Revista en línea]. *Rev. Cienc. Salud;* 2008 [Consultado 9 diciembre 2012]; 6(3): 23-35. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732008000300003&lng=en.
55. Emerson E, Madden R, Graham H, Llewellyn G, Hatton C, Robertson J. The health of disabled people and the social determinants of health. Public Health Research Consortium, University of York, York, UK, (2010), doi:10.1016/j.puhe.2010.11.003

56. 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.
57. Cott CA, Gignac MA y Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. J Epidemiol Community Health 1999;53:731-736 doi:10.1136/jech.53.11.731
58. Evans R, Barrer M y Marmor, T. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?: Los Determinantes de la Salud de las Poblaciones. Madrid. Editorial Díaz Santos; 1996.
59. Zambrano A. Determinantes del estado de salud en Colombia [monografía en Internet] Bogotá: Universidad de Rosario; 2001. [Consultado 15 diciembre 2012] de: http://www.asivamosensalud.org/descargas/lecturas/Zambrano_estado_de_salud.pdf. Pá g.30 - 32
60. Hernández J. y Hernández ID. Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia. [Revista en línea]. Revista de Salud Pública – 2005 [Consultado 13 diciembre 2012] Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/idhernandezu/docs/janeth%20e%20ivan%20hernandez%20-20costos%20de%20oportunidad%20de%20la%20discapacidad%20en%20colombia.pdf>
61. Tovar LM; García GA. La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida. 2003. [Libro en línea] En publicación: Documento de Trabajo no. 90. CIDSE (Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica): Colombia; 2006. [Consultado 21 noviembre 2012] Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cidse/Doc90.Pdf>

62. Obando-Ante LM, Lasso-Benavides AE, Vernaza-Pinzón P. Discapacidad en población desplazada en el Cauca, Colombia. [Revista en línea]. Revista de Salud Pública 2006; 8182-190.[Consultado 13 septiembre 2012] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42280206>.
63. Papalia DE, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo Humano. Octava Edición. McGrawHill. México. 2007.
64. Tovar LM. Determinantes del estado de salud de la población colombiana. Economía, gestión y desarrollo. [Revista en línea]. Rev. Econ. Ed Universidad Javeriana; 2005. Bogotá. v.1 *fasc.3* p.125 - 151. [Consultado 4 noviembre 2012]. Disponible en: http://revistaeconomia.puj.edu.co/revista_3/6.pdf
65. Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes sociales de la salud. Chile. Ministerio de Salud. [Revista en línea] RevChil Salud Pública 2005; Vol 9 (2): 103- 110. [Consultado 20 diciembre 2012] Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/21293>
66. Hernández CF, Batista P. Metodología de la Investigación. México DF: McGraw-Hill; 1999.
67. SPSS 17. FICHA TECNICA, Cap. 1. En: <http://www.uco.es/dptos/educacion/invadiv/images/stories/documentos/METODOS/RECURSOS/SPSS.pdf>
68. Urrea F. Viáfara C. Ramírez H. Gómez E. Vélez S. y Ruiz F. Pobreza y Grupos Étnicos en Colombia: Análisis de sus Factores Determinantes y Lineamientos de Política para su Reducción. Informe final presentado al Departamento Nacional de Planeación, DNP. 2005. En: Informes de consultoría en biblioteca del DNP. Bogotá.

69. Gutiérrez Sanmartín M. Caus i Pertegáz N. Análisis de los motivos para la participación en actividades físicas de personas con y sin discapacidad. [Revista en línea] RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte 2006; II 49-64. [Consultado 2 diciembre 2013]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71000204>.

70. West P.C. Social stigma and community recreation participation by the mentally and physically handicapped. In: Gutiérrez Sanmartín M, & Caus i Pertegáz N. Análisis de los motivos para la participación en actividades físicas de personas con y sin discapacidad. Revista Internacional de Ciencias del Deporte 2006; II 49-64.

ANEXO 1

TABLAS DE CÁLCULO DE CONTINGENCIAS

TABLAS DETERMINANTES ESTRUCTURALES* RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

Tabla 1. Género * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total	
		No	Si		
genero	masculino	Recuento	2399	570	2969
		% de genero	80,8%	19,2%	100,0%
	femenino	Recuento	2738	443	3181
		% de genero	86,1%	13,9%	100,0%
Total		Recuento	5137	1013	6150
		% de genero	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,022(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	30,640	1	,000		
Razón de verosimilitud	31,042	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	31,017	1	,000		
N de casos válidos	6150				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 489,04.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,071	,000
	V de Cramer	,071	,000
	Coficiente de contingencia	,071	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 2. Edad * Restricción en la participación

			restricción en la participación		Total
			no	Si	
edad	Infancia	Recuento	603	691	1294
		% de edad	46,6%	53,4%	100,0%
	Juventud	Recuento	616	35	651
		% de edad	94,6%	5,4%	100,0%
	adultez joven	Recuento	556	40	596
		% de edad	93,3%	6,7%	100,0%
	adultez media	Recuento	1838	116	1954
		% de edad	94,1%	5,9%	100,0%
	Vejes	Recuento	1524	131	1655
		% de edad	92,1%	7,9%	100,0%
Total		Recuento	5137	1013	6150
		% de edad	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1627,811(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	1353,141	4	,000
Asociación lineal por lineal	996,809	1	,000
N de casos válidos	6150		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 98,17.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Phi	,514	,000
	V de Cramer	,514	,000
	Coefficiente de contingencia	,457	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 3. Nivel educativo * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total	
		no	si		
nivel educativo	ninguno	Recuento	1172	273	1445
		% de nivel educativo	81,1%	18,9%	100,0%
	primaria	Recuento	2783	622	3405
		% de nivel educativo	81,7%	18,3%	100,0%
	bachillerato	Recuento	979	48	1027
		% de nivel educativo	95,3%	4,7%	100,0%
	superior	Recuento	166	17	183
		% de nivel educativo	90,7%	9,3%	100,0%
	no hay respuesta	Recuento	37	53	90
		% de nivel educativo	41,1%	58,9%	100,0%
Total		Recuento	5137	1013	6150
		% de nivel educativo	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	242,590(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	241,948	4	,000
Asociación lineal por lineal	8,365	1	,004
N de casos válidos	6150		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,82.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,199	,000
	V de Cramer	,199	,000
	Coefficiente de contingencia	,195	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 4. Raza * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total	
		no	si		
raza	negro	Recuento	29	4	33
	afrodescendiente	% de raza	87,9%	12,1%	100,0%
	indígena	Recuento	11	6	17
		% de raza	64,7%	35,3%	100,0%
	mestizo	Recuento	4996	763	5759
		% de raza	86,8%	13,2%	100,0%
	otros	Recuento	19	13	32
		% de raza	59,4%	40,6%	100,0%
no responde	Recuento	82	227	309	
	% de raza	26,5%	73,5%	100,0%	
Total	Recuento	5137	1013	6150	
	% de raza	83,5%	16,5%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	791,341(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	551,281	4	,000
Asociación lineal por lineal	688,605	1	,000
N de casos válidos	6150		

a 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,359	,000
	V de Cramer	,359	,000
	Coefficiente de contingencia	,338	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 5. Ubicación área de vivienda * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total
		no	Si	
clasificación del área	Recuento	4507	945	5452
	% de clasificación del área	82,7%	17,3%	100,0%
centro poblado	Recuento	273	31	304
	% de clasificación del área	89,8%	10,2%	100,0%
rural disperso	Recuento	357	37	394
	% de clasificación del área	90,6%	9,4%	100,0%
Total	Recuento	5137	1013	6150
	% de clasificación del área	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,997(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	29,233	2	,000
Asociación lineal por lineal	24,159	1	,000
N de casos válidos	6150		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 50,07.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,065	,000
	V de Cramer	,065	,000
	Coeficiente de contingencia	,065	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 6. Estrato socioeconómico * Restricción en la participación

			restricción en la participación		Total
			no	si	
estrato	bajo	Recuento	3401	655	4056
		% de estrato	83,9%	16,1%	100,0%
	medio	Recuento	1617	329	1946
		% de estrato	83,1%	16,9%	100,0%
	alto	Recuento	119	29	148
		% de estrato	80,4%	19,6%	100,0%
Total		Recuento	5137	1013	6150
		% de estrato	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,624(a)	2	,444
Razón de verosimilitud	1,575	2	,455
Asociación lineal por lineal	1,324	1	,250
N de casos válidos	6150		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,38.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,016	,444
	V de Cramer	,016	,444
	Coefficiente de contingencia	,016	,444
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 7. Origen de la discapacidad * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total	
		no	si		
sabe cuál es el origen de su discapacidad	si	Recuento	3462	555	4017
		% de sabe cuál es el origen de su discapacidad	86,2%	13,8%	100,0%
no		Recuento	1675	458	2133
		% de sabe cuál es el origen de su discapacidad	78,5%	21,5%	100,0%
Total		Recuento	5137	1013	6150
		% de sabe cuál es el origen de su discapacidad	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,352(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	58,796	1	,000		
Razón de verosimilitud	57,599	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	59,342	1	,000		
N de casos válidos	6150				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 351,34.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,098	,000
	V de Cramer	,098	,000
	de Coeficiente contingencia	,098	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 8. Participación en organizaciones * Restricción en la participación

			restricción en la participación		Total
			no	si	
actualmente participa en alguna organización	no	Recuento	4505	308	4813
		% de actualmente participa en alguna organización	93,6%	6,4%	100,0%
	si	Recuento	627	17	644
		% de actualmente participa en alguna organización	97,4%	2,6%	100,0%
Total		Recuento	5132	325	5457
		% de actualmente participa en alguna organización	94,0%	6,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,334(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	13,671	1	,000		
Razón de verosimilitud	17,442	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	14,331	1	,000		
N de casos válidos	5457				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 38,35.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,051	,000
	V de Cramer	,051	,000
	Coeficiente de contingencia	,051	,000
N de casos válidos		5457	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 9. Barreras entorno físico * Restricción en la participación.

		restricción en la participación		Total
		no	si	
Barreras en no entorno físico	Recuento	1045	359	1404
	% de ninguno	74,4%	25,6%	100,0%
si	Recuento	4086	651	4737
	% de ninguno	86,3%	13,7%	100,0%
Total	Recuento	5131	1010	6141
	% de ninguno	83,6%	16,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	110,238(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	109,379	1	,000		
Razón de verosimilitud	101,608	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	110,220	1	,000		
N de casos válidos	6141				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 230,91.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,134	,000
	V de Cramer	,134	,000
	Coficiente de contingencia	,133	,000
N de casos válidos		6141	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 10. Actitudes negativas * Restricción en la participación.

			restricción en la participación		Total
			no	si	
Actitudes negativas	no	Recuento	971	253	1224
		% de nadie	79,3%	20,7%	100,0%
	si	Recuento	4127	749	4876
		% de nadie	84,6%	15,4%	100,0%
Total		Recuento	5098	1002	6100
		% de nadie	83,6%	16,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,088(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	19,703	1	,000		
Razón de verosimilitud	19,180	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	20,084	1	,000		
N de casos válidos	6100				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 201,06.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,057	,000
	V de Cramer	,057	,000
	Coeficiente de contingencia	,057	,000
N de casos válidos		6100	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

TABLAS DETERMINANTES INTERMEDIARIOS*RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

Tabla 11. Afiliación SGSSS * Restricción en la participación

			restricción en la participación		Total
			no	si	
afiliación al sistema general de salud	sin afiliación	Recuento	429	107	536
		% de afiliación al sistema general de salud re re codificado	80,0%	20,0%	100,0%
	afiliado	Recuento	4693	888	5581
		% de afiliación al sistema general de salud re re codificado	84,1%	15,9%	100,0%
	no sabe /no responde	Recuento	10	4	14
		% de afiliación al sistema general de salud re re codificado	71,4%	28,6%	100,0%
Total		Recuento	5132	999	6131
		% de afiliación al sistema general de salud re re codificado	83,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,436(a)	2	,024
Razón de verosimilitud	6,927	2	,031
Asociación lineal por lineal	4,669	1	,031
N de casos válidos	6131		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,28.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,035	,024
	V de Cramer	,035	,024
	Coefficiente de contingencia	,035	,024
N de casos válidos		6131	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 12. Situación laboral últimos 6 meses * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total	
		no	si		
durante los últimos 6 meses	trabajando	Recuento	2029	88	2117
		% de durante los últimos 6 meses	95,8%	4,2%	100,0%
estudiando		Recuento	2298	126	2424
		% de durante los últimos 6 meses	94,8%	5,2%	100,0%
otros		Recuento	803	106	909
		% de durante los últimos 6 meses	88,3%	11,7%	100,0%
no sabe/no responde		Recuento	7	693	700
		% de durante los últimos 6 meses	1,0%	99,0%	100,0%
Total		Recuento	5137	1013	6150
		% de durante los últimos 6 meses	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3937,816(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	3047,494	3	,000
Asociación lineal por lineal	2291,404	1	,000
N de casos válidos	6150		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 115,30.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,800	,000
	V de Cramer	,800	,000
	Coefficiente de contingencia	,625	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 13. Capacidad para desempeñar trabajos * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total
		no	si	
su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad	no	Recuento 707	27	734
		% de su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad 96,3%	3,7%	100,0%
si		Recuento 4393	290	4683
		% de su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad 93,8%	6,2%	100,0%
Total		Recuento 5100	317	5417
		% de su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad 94,1%	5,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,280(b)	1	,007		
Corrección por continuidad(a)	6,831	1	,009		
Razón de verosimilitud	8,170	1	,004		
Estadístico exacto de Fisher				,007	,003
Asociación lineal por lineal	7,279	1	,007		
N de casos válidos	5417				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 42,95.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,037
	V de Cramer	,037
	Coficiente de contingencia	,037
N de casos válidos	5417	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 14. Tipo de trabajo que desempeña * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total
		no	si	
en el trabajo se desempeña como obrero	Recuento	548	15	563
	% de en el trabajo se desempeña como	97,3%	2,7%	100,0%
patrón	Recuento	3	0	3
	% de en el trabajo se desempeña como	100,0%	,0%	100,0%
incapacitado	Recuento	336	22	358
	% de en el trabajo se desempeña como	93,9%	6,1%	100,0%
sin trabajo	Recuento	4250	976	5226
	% de en el trabajo se desempeña como	81,3%	18,7%	100,0%
Total	Recuento	5137	1013	6150
	% de en el trabajo se desempeña como	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	124,805(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	166,879	3	,000
Asociación lineal por lineal	112,452	1	,000
N de casos válidos	6150		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,49.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,142	,000
	V de Cramer	,142	,000
	Coeficiente de contingencia	,141	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 15. Actividad económica actual * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total	
		no	si		
la actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con (industria, comercio, etc)	industria	Recuento % de la actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con (industria, comercio, etc)	88 96,7%	3 3,3%	91 100,0%
	comercio	Recuento % de la actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con (industria, comercio, etc)	151 96,2%	6 3,8%	157 100,0%
	agrícola	Recuento % de la actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con (industria, comercio, etc)	128 98,5%	2 1,5%	130 100,0%
	pecuaria	Recuento % de la actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con (industria, comercio, etc)	5 100,0%	0 ,0%	5 100,0%
	servicios	Recuento % de la actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con (industria, comercio, etc)	428 95,1%	22 4,9%	450 100,0%
	otra actividad	Recuento % de la actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con (industria, comercio, etc)	85 95,5%	4 4,5%	89 100,0%
	edad no laboral	Recuento % de la actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con (industria, comercio, etc)	933 57,0%	704 43,0%	1637 100,0%

Total	Recuento	1818	741	2559
	% de la actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con (industria, comercio, etc)	71,0%	29,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	436,542(a)	6	,000
Razón de verosimilitud	536,273	6	,000
Asociación lineal por lineal	316,072	1	,000
N de casos válidos	2559		

a 2 casillas (14,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,45.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,413	,000
	V de Cramer	,413	,000
	Coeficiente de contingencia	,382	,000
N de casos válidos		2559	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 16. Ingreso mensual * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total
		no	si	
ingreso mensual sin salario promedio	Recuento	3467	913	4380
	% de ingreso mensual promedio re re codificado	79,2%	20,8%	100,0%
menos de un salario mínimo hasta 3 salarios mínimos	Recuento	1636	84	1720
	% de ingreso mensual promedio re re codificado	95,1%	4,9%	100,0%
más de 3 salarios mínimos	Recuento	34	16	50
	% de ingreso mensual promedio	68,0%	32,0%	100,0%
Total	Recuento	5137	1013	6150
	% de ingreso mensual promedio	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	237,514(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	285,177	2	,000
Asociación lineal por lineal	177,684	1	,000
N de casos válidos	6150		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,197	,000
	V de Cramer	,197	,000
	Coficiente de contingencia	,193	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 17. Tipo de vivienda * Restricción en la participación

			restricción en la participación		Total
			no	si	
tipo de vivienda	casa	Recuento	4539	944	5483
		% de tipo de vivienda	82,8%	17,2%	100,0%
	institución	Recuento	556	62	618
		% de tipo de vivienda	90,0%	10,0%	100,0%
	otro	Recuento	36	2	38
		% de tipo de vivienda	94,7%	5,3%	100,0%
Total		Recuento	5131	1008	6139
		% de tipo de vivienda	83,6%	16,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,357(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	27,776	2	,000
Asociación lineal por lineal	24,225	1	,000
N de casos válidos	6139		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,063	,000
	V de Cramer	,063	,000
	Coficiente de contingencia	,063	,000
N de casos válidos		6139	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 18. Posesión de la vivienda * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total	
		no	si		
condiciones de posesión de la vivienda	propia	Recuento	2396	417	2813
		% de condiciones de posesión de la vivienda	85,2%	14,8%	100,0%
	arriendo	Recuento	1917	480	2397
		% de condiciones de posesión de la vivienda	80,0%	20,0%	100,0%
	otro	Recuento	237	40	277
		% de condiciones de posesión de la vivienda	85,6%	14,4%	100,0%
	no sabe/ no responde	Recuento	587	76	663
		% de condiciones de posesión de la vivienda	88,5%	11,5%	100,0%
Total		Recuento	5137	1013	6150
		% de condiciones de posesión de la vivienda	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,468(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	40,687	3	,000
Asociación lineal por lineal	,872	1	,350
N de casos válidos	6150		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 45,63.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,081	,000
	V de Cramer	,081	,000
	Coefficiente de contingencia	,081	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 19. Recuperación de la discapacidad * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total
		no	si	
se está no recuperando de su discapacidad	Recuento	3989	776	4765
	% de se está recuperando de su discapacidad	83,7%	16,3%	100,0%
si	Recuento	1148	237	1385
	% de se está recuperando de su discapacidad	82,9%	17,1%	100,0%
Total	Recuento	5137	1013	6150
	% de se está recuperando de su discapacidad	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,533(b)	1	,465		
Corrección por continuidad(a)	,474	1	,491		
Razón de verosimilitud	,529	1	,467		
Estadístico exacto de Fisher				,459	,245
Asociación lineal por lineal	,533	1	,465		
N de casos válidos	6150				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 228,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,009	,465
	V de Cramer	,009	,465
	Coficiente de contingencia	,009	,465
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 20. Atribución de la recuperación * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total	
		no	si		
principalmente a que atribuye la recuperación	servicios de salud recibidos y medicina alternativa	recuento % de principalmente a que atribuye la recuperación	621 82,5%	132 17,5%	753 100,0%
	apoyo familia, empeño personal y dios	recuento % de principalmente a que atribuye la recuperación	422 84,6%	77 15,4%	499 100,0%
	otro	recuento % de principalmente a que atribuye la recuperación	10 83,3%	2 16,7%	12 100,0%
	en recuperación o sin rehabilitación	recuento % de principalmente a que atribuye la recuperación	3989 83,7%	776 16,3%	4765 100,0%
Total		recuento % de principalmente a que atribuye la recuperación	5042 83,6%	987 16,4%	6029 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,087(a)	3	,780
Razón de verosimilitud	1,079	3	,782
Asociación lineal por lineal	,295	1	,587
N de casos válidos	6029		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,96.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,013	,780
	V de Cramer	,013	,780
	Coeficiente de contingencia	,013	,780
N de casos válidos		6029	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 21. Orden de rehabilitación * Restricción en la participación

		restricción en la participación		Total
		no	si	
no le ordenaron ningún tipo de rehabilitación	Recuento	4640	879	5519
	% de no le ordenaron ningún tipo de rehabilitación	84,1%	15,9%	100,0%
si	Recuento	482	119	601
	% de no le ordenaron ningún tipo de rehabilitación	80,2%	19,8%	100,0%
sistema	Recuento	15	15	30
	% de no le ordenaron ningún tipo de rehabilitación	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	5137	1013	6150
	% de no le ordenaron ningún tipo de rehabilitación	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,543(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	23,721	2	,000
Asociación lineal por lineal	30,535	1	,000
N de casos válidos	6150		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,94.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,070	,000
	V de Cramer	,070	,000
	Coeficiente de contingencia	,070	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 22. Tipo de rehabilitación ordenada * Restricción en la participación

			restricción en la participación		Total
			no	si	
Le ordenaron rehabilitación con medicamentos permanentes	no	Recuento	1957	621	2578
		% de le ordenaron rehabilitación con medicamentos permanentes	75,9%	24,1%	100,0%
si		Recuento	3165	377	3542
		% de le ordenaron rehabilitación con medicamentos permanentes	89,4%	10,6%	100,0%
Total		Recuento	5122	998	6120
		% de le ordenaron rehabilitación con medicamentos permanentes	83,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	197,614(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	196,630	1	,000		
Razón de verosimilitud	195,387	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	197,582	1	,000		
N de casos válidos	6120				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 420,40.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,180	,000
	V de Cramer	,180	,000
	Coficiente de contingencia	,177	,000
N de casos válidos		6120	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

		restricción en la participación		total	
		no	si		
tipo de rehabilitación terapia	no	recuento	2234	328	2562
		% de tipo de rehabilitación terapia	87,2%	12,8%	100,0%
	si	recuento	2888	670	3558
		% de tipo de rehabilitación terapia	81,2%	18,8%	100,0%
Total		recuento	5122	998	6120
		% de tipo de rehabilitación terapia	83,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,660(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	39,220	1	,000		
Razón de verosimilitud	40,524	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	39,654	1	,000		
N de casos válidos	6120				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 417,79.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,081	,000
	V de Cramer	,081	,000
	Coficiente de contingencia	,080	,000
N de casos válidos		6120	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 23. Asistencia a rehabilitación ordenada * Restricción en la participación

			restricción en la participación		Total
			no	si	
esta asistiendo al servicio de rehabilitación	no	Recuento	1642	363	2005
		% de esta asistiendo al servicio de rehabilitación	81,9%	18,1%	100,0%
	si	Recuento	3495	650	4145
		% de esta asistiendo al servicio de rehabilitación	84,3%	15,7%	100,0%
Total		Recuento	5137	1013	6150
		% de esta asistiendo al servicio de rehabilitación	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,767(b)	1	,016		
Corrección por continuidad(a)	5,593	1	,018		
Razón de verosimilitud	5,694	1	,017		
Estadístico exacto de Fisher				,017	,009
Asociación lineal por lineal	5,766	1	,016		
N de casos válidos	6150				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 330,25.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,031	,016
	V de Cramer	,031	,016
	Coficiente de contingencia	,031	,016
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla 24. Establecimiento de Rehabilitación * Restricción en la participación

			restricción en la participación		Total
			no	si	
el establecimiento donde recibe la rehabilitación es	público	Recuento	2786	460	3246
		% del establecimiento donde recibe la rehabilitación es	85,8%	14,2%	100,0%
	privado	Recuento	666	180	846
		% del establecimiento donde recibe la rehabilitación es	78,7%	21,3%	100,0%
	no sabe	Recuento	43	10	53
		% del establecimiento donde recibe la rehabilitación es	81,1%	18,9%	100,0%
	no asiste a rehabilitación	Recuento	1642	363	2005
		% del establecimiento donde recibe la rehabilitación es	81,9%	18,1%	100,0%
Total		Recuento	5137	1013	6150
		% del establecimiento donde recibe la rehabilitación es	83,5%	16,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,789(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	30,223	3	,000
Asociación lineal por lineal	12,966	1	,000
N de casos válidos	6150		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,73.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,071	,000
	V de Cramer	,071	,000
	Coefficiente de contingencia	,071	,000
N de casos válidos		6150	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

ANEXO 2

**Formulario REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y CARACTERIZACIÓN DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Archivo PDF.**