

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE TULUÁ, 2012: RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**Ft. MARIBEL MAZABUEL RIVERA  
Ft. MARTHA ISABEL RIVERA MUÑOZ  
Psic. NATALIA FERNÁNDEZ ROMERO**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES  
FACULTAD DE SALUD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO - MOVIMIENTO  
Manizales, Junio 2013**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE TULUÁ, 2012: RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**Ft. MARIBEL MAZABUEL RIVERA  
Ft. MARTHA ISABEL RIVERA MUÑOZ  
Psic. NATALIA FERNÁNDEZ ROMERO**

**Informe final presentado como requisito parcial para optar al título de Magister en Discapacidad**

**Directores**

**CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ  
Ph.D, En Salud Pública**

**JOSÉ ARMANDO VIDARTE CLAROS  
Ph.D. En ciencias de la Actividad Física y el deporte**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES  
FACULTAD DE SALUD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO- MOVIMIENTO  
Manizales, Junio 2013**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Tuluá, Junio de 2013

## AGRADECIMIENTOS

A la UAM, por la labor realizada durante este tiempo al ser nuestra guía durante todo el proceso de formación, contribuyendo a formar personas con una alta calidad intelectual, profesional y ética.

***A la Profesora Consuelo Vélez Alvarez***, por su dirección, consejos, paciencia y opiniones que sirvieron para que nos sintiéramos satisfechos en el desarrollo de nuestro proyecto de investigación.

***Al Profesor José Armando Vidarte Claros***, por su compromiso, dedicación y por compartir sus conocimientos que hicieron posible el desarrollo de esta investigación.

***Y a todas aquellas personas*** que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hacemos extensivo nuestros más sinceros agradecimientos.

## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO .....	5
LISTA DE TABLAS .....	6
LISTA DE FIGURAS .....	7
LISTA DE ANEXOS .....	8
RESUMEN .....	9
INTRODUCCIÓN .....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.2 Pregunta de investigación .....	15
2. JUSTIFICACIÓN .....	16
3. OBJETIVOS .....	18
4. MARCO TEÓRICO.....	19
4.1 Determinantes sociales de la salud.....	19
4.2 Discapacidad en la perspectiva de la CIF (clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud) .....	27
4.3 Operacionalización de variables.....	31
4.4 Operacionalización de componentes de la discapacidad.....	41
5. METODOLOGÍA .....	43
5.1 Tipo de estudio.....	43
5.2 Población y muestra.....	43
5.3 Criterios de inclusión .....	43
5.4 Técnicas e instrumentos de recolección.....	44
5.5 Consideraciones éticas .....	45
6. RESULTADOS.....	47
6.1 Análisis univariado .....	47
6.2 Análisis bivariado .....	65
7. DISCUSIÓN.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
8. CONCLUSIONES .....	87
9. RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	100

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables determinantes sociales .....	33
Tabla 2. Componentes de la discapacidad: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación .....	41
Tabla 3. Distribución de los determinantes estructurales. Sociodemográfica: Género, edad, nivel educativo, raza, área y estrato .....	47
Tabla 5. Distribución de los determinantes intermediarios: participación en ONG, barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía (actitud negativa) .....	50
Tabla 6. Distribución de los determinantes intermediarios. Origen de la discapacidad. ....	51
Tabla 7. Distribución de los determinantes intermediarios. Afiliación y tipo de afiliación al SGSSS .....	54
Tabla 8. Distribución de los determinantes intermediarios. Condiciones materiales de trabajo. ....	54
Tabla 9. Distribución de los determinantes intermediarios. Tipo de vivienda y su condición. ....	56
Tabla 10. Distribución de los determinantes intermedios. Servicios de rehabilitación. ....	58
Tabla 11. Distribución de los componentes de la discapacidad. Deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. ....	61
Tabla 12. Caracterización de los componentes de la discapacidad según criterios de la CIF .....	64
Tabla 14. Relación de los determinantes sociales intermedios y restricciones .....	70

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Principales determinantes en salud. ....	20
Figura 2. Pirámide poblacional sobre discapacidad en el Municipio de Tuluá según edad y sexo – año 2012 .....	64

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DANE- REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD .....	100
ANEXO 2. TABLAS DERIVADAS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO REALIZADO EN SPSS.....	103



## RESUMEN

**Objetivo:** establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la Discapacidad según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) en el Municipio de Tuluá (Valle), a partir del registro para la localización y caracterización de la Discapacidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) 2005. **Materiales y métodos:** estudio de tipo descriptivo con una fase correlacional que pretendió establecer el grado de relación entre las variables de determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios con respecto a los componentes de la discapacidad según la CIF, Se utilizó el programa estadístico SPSS. Versión 19 mediante base de datos con 1368 registros de personas con discapacidad de este Municipio, con datos de localización, vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación y participación. **Resultados:** al determinar la significancia estadística de las relaciones resultantes del análisis bivariado mediante la aplicación de las pruebas no paramétricas como el Chi cuadrado y el coeficiente de phi o de contingencia se obtuvieron los siguientes datos: de los determinantes sociales estructurales vs discapacidad como: área de residencia, nivel de escolaridad y grupo étnico, no presentaron asociación estadísticamente significativa, y/o nivel de dependencia alguno; a diferencia estrato socioeconómico y género que presentaron asociación estadística significativa pero el nivel de dependencia es nulo; mientras la variable edad sí presenta una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2:144.4$ ) (valor- $p=0.00$ ) y un coeficiente de contingencia (0,31), con un nivel de dependencia bajo. Con respecto a los determinantes sociales intermedios vs discapacidad se puede decir que, todos evidencian significancia estadística, pero solo las variables: participa en alguna organización, barreras actitudinales, actividad que se encuentra desarrollando en los últimos seis meses, su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad, ingreso mensual, rehabilitación y factores de recuperación, presentan un nivel de dependencia débil y moderado. Y las demás variables no presentaron ningún tipo de dependencia. **Conclusiones:** El estudio evidencia la relación de significancia que se presenta entre ciertos Determinantes sociales de la salud (tanto estructurales, como intermedios) demostrando la importancia de establecer acciones que minimicen los riesgos y la necesidad de replantear la forma de intervenir mediante las diferentes dependencias del ente territorial y fortalecer las políticas públicas para la población con discapacidad del Municipio de Tuluá.

**Palabras clave:** condiciones sociales, CIF, discapacidad, clase social, escolaridad, empleo. (*Fuente; DeCS Bireme*).

## INTRODUCCIÓN

Para realizar esta investigación es preciso tener en cuenta que la salud a través de las décadas ha sufrido diferentes cambios en sus conceptos y definiciones, anteriormente se consideraba, de manera tradicional, como la ausencia de enfermedad; este concepto es sumamente limitado, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1967, amplía la definición de la salud como “«El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones,» esta definición, siendo más amplia y completa asume la salud en términos positivos e innovadores introduciendo determinantes sociales, pero también tienen aspectos negativos donde cada vez es más difícil hallar a alguien totalmente sano[1]. En 1974, Mark Lalonde, ministro canadiense de salud creó un modelo de salud que identificó como determinantes claves; 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[2]. Por lo tanto al conceptualizar los determinantes de la salud se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades [1].

Para hablar de la discapacidad hay que pensar en dos esferas: Una que se puede denominar conceptual y otra que es la forma como se manifiesta este fenómeno en el hacer diario. En sentido conceptual, la discapacidad es un concepto que ha variado desde hace mucho tiempo pero específicamente desde la clasificación de la OMS de 1980. A la propuesta de la CIF, este término deja de estar implicado en la persona y su naturaleza, puesto que ya no se habla de discapacidad como acontecimiento afincado en las personas, sino como una situación o una vivencia que padece un ser humano en un intervalo de tiempo determinado [3].

La discapacidad es término genérico que incluye déficits en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud CIF; nombra la discapacidad con la palabra situación de discapacidad porque la considera como un problema creciente y sitúa a todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa.

Siendo coherentes con lo anterior y teniendo en cuenta la singularidad del ser humano, se cree que la discapacidad debe ser considerada y

denominada con la palabra situación de discapacidad ya que nos permite visualizar al ser humano desde los diferentes contextos en los cuales interactúa y como esta interacción varía de una persona a otra [4].

El siguiente proyecto de investigación nace a partir de un grupo de investigadores de la III cohorte de la maestría en discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales (UAM), donde se pretende conocer la relación existente entre determinantes sociales de la salud (DSS) y los componentes de la discapacidad; este trabajo se desarrolló en el Municipio de Tuluá, Valle del Cauca, donde se cuenta con una población de 1.368 personas con discapacidad caracterizadas en el censo 2005 del DANE, según base de datos existente en el ente territorial.

Es de reconocer la importante labor que ha realizado el Departamento Nacional de Planeación –DANE- en la gestión para lograr el diseño y aplicación del registro único para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, que se convierte en el primer paso para obtener información indispensable para la prevención, atención, rehabilitación e inclusión de los colombianos en situación de discapacidad[5]. Es preciso tener en cuenta que el DANE en el 2005 tomó la definición de deficiencia y limitaciones de acuerdo a la CIF teniendo total pertinencia con el abordaje que se realizó en el presente trabajo. “Deficiencia; Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida” “Limitaciones; Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud” [4].

En este orden de ideas, realizar investigaciones o estudios en los cuales se tenga en cuenta la relación entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad permite identificar las variables estructurales e intermediarias propias en un contexto determinado con unos resultados y conclusiones claras para poder tomar acciones acerca de las necesidades del ente territorial y de la población objeto la cual es la población más beneficiada.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta algunos elementos planteados por Álvarez [6], donde manifiesta como el análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de Salud de varios países [7,8], además es un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología [9,10].

Hablar de determinantes sociales de la salud, es hacer un abordaje de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación a las causas últimas o estructuras de los problemas de salud y de recuperar estrategias de salud para todos [6]. Solar e Irwin [11], citados por Álvarez [6], manifiestan que lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.

En el año 1975 las cifras mundiales de la discapacidad estimaban que un 12,3% de la población mundial presentaba alguna discapacidad, es decir, un número aproximado de 490 millones de personas [7]. 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 [8,9]

Con el fin de obtener un marco que permita realizar estudios específicos sobre el tema de discapacidad, el censo general de población incluyó una pregunta en el formulario básico, con el enfoque conceptual aportado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Salud y la Discapacidad, CIF. La pregunta incluida fue concertada con las entidades de y para la discapacidad y con algunos miembros del Comité Consultivo Nacional, con quienes se realizaron las pruebas de contenido para su definición [12].

Los Censos de la ronda del 2000 en América Latina han incluido preguntas con discapacidad, algunos con el enfoque de deficiencias severas (alteraciones en el cuerpo), como es el caso de Venezuela, México y Chile; otros con una combinación entre deficiencias severas y limitaciones, como es el caso de Ecuador y; el caso de Brasil y Colombia desde el enfoque de limitaciones. Los resultados del censo en los casos anteriores son los siguientes: Venezuela (3,9%), México (1,8%) y Chile (2,2%); Ecuador (4,6%);

Brasil (14,5%) y Colombia (6,3%). Como se puede observar, el porcentaje de población con deficiencia o limitación en algunos países de América Latina varía entre el 1,8% y el 14,5%. De acuerdo con los datos preliminares del Censo General del 2005, la tasa de Prevalencia para el total de la población (6,3%) es mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%) [12].

Teniendo en cuenta el número de limitaciones por persona, el 71,2% presentan una limitación, el 14,5% dos limitaciones, el 5,7% tres limitaciones y el 8,7% tres o más limitaciones permanentes [12] y del total de personas que reportaron alguna limitación, el 29,3% poseen limitaciones para moverse o caminar, el 14,6% para usar brazos y manos, el 43,4% para ver a pesar de usar lentes o gafas, el 17,3% para oír aun con aparatos especiales, el 13,0% para hablar, el 11,7% para entender o aprender, 9,4% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, el 9,9% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo y el 18,8% presentan otra limitación [12].

A partir de la información anterior, el censo general es la herramienta fundamental que permitió fortalecer la estrategia de recolección continua de información a través del Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Es importante tener en cuenta que el registro que está liderando el DANE, con el concurso de las administraciones locales y entidades del nivel nacional responsables del tema de discapacidad en Colombia, es un Instrumento que permite recoger información continua y específica sobre las características discapacidad, atendiendo al marco conceptual establecido en la actual Política de Intervención en Discapacidad.

Por lo tanto, la información del censo que se obtiene para cada uno de los entes territoriales, diferenciales por características de urbanización y desarrollo es la herramienta que va permitir ajustar el registro continuo, permitiendo un seguimiento y evaluación del comportamiento de la discapacidad en Colombia, facilitando una adecuada toma de decisiones de política pública, y dando cumplimiento a los compromisos internacionales adquiridos por el país.

En el presente estudio se hizo necesario describir la deficiencia en las funciones y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad (capacidad) y restricciones en la participación (desempeño), además de los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales). Es decir describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, ya que antes se indagaba por la discapacidad como un estado negativo de salud, de acuerdo a enfoques biomédicos que centraban esfuerzos en provisión de servicios sin considerar la interacción de las características del individuo (condiciones de salud de la persona) con el entorno y el contexto social. Esto de acuerdo a la clasificación internacional

del funcionamiento de la discapacidad y de la salud CIF y de la Organización panamericana de la salud OPS 2001.

En la actualidad se cuenta con poca la información sobre antecedentes en el Municipio, a diferencia del panorama Internacional y Nacional aunque se cuenta con muchos datos relevantes no permiten por sí mismos un completo conocimiento y acercamiento a la complejidad del tema, lo que reflejan en el fondo es que el evento de la discapacidad lleva inmerso una serie de factores que marcan la diferencia entre regiones y se encuentran estrechamente relacionados, ellos tienen que ver con la manera como este colectivo vive, sus determinantes sociales de la salud, se convierten en la manera de ver la discapacidad en un análisis diferente al tradicional y que proporcione una mayor información al respecto, lo que es pertinente realizar un estudio descriptivo que permita establecer si existe una relación entre los determinantes sociales en salud y los componentes de la discapacidad.

Lo anterior conlleva a la formulación de la siguiente pregunta de investigación:

### **1.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en el Municipio de Tuluá (Valle), 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de Personas con Discapacidad?

## 2. JUSTIFICACIÓN

Establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad obliga a reconocer en primera medida la relevancia que actualmente presenta el concepto de determinantes sociales y su relación directa con la discapacidad en el Municipio de Tuluá (valle).

El proceso investigativo realizado durante varios años sobre los temas referentes a la discapacidad en Colombia y varios tipos de estudios, arrojan como resultado la cruda realidad sobre las innumerables necesidades padecidas por esta población, pero el hallazgo más importante radica en que toda la información y los recursos de los que se dispone se encuentran dispersos [13].

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

De esta forma, aporta elementos que dan cuenta de los determinantes sociales, se contó con información valiosa para que los diferentes actores del sistema de salud puedan enfocar sus acciones de manera más específica hacia esta población.

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

La realización de este estudio puede aportar en la comprensión de los determinantes sociales de la salud relacionados con los componentes de la discapacidad y como estos interactúan en el Municipio objeto de estudio, además puede brindar la posibilidad de hacer comparaciones con otras ciudades y/o regiones donde se puedan establecer diferencias que pueden darse entre ellos de acuerdo a aspectos socio-demográficos o culturales.



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

La presente investigación fue viable y factible porque conto con la disponibilidad del recurso humano financiero y material, desarrollado por los estudiantes de la maestría en discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales. Igualmente el estudio no necesito materiales o equipos costosos o de difícil consecución, participaron desde el punto de vista humano docentes, investigadores, expertos desde los aspectos epistemológicos, metodológicos y conceptuales, además se facilito el acceso a la base de datos a través de la secretaria de salud del Municipio de Tuluá (Valle), lo que aseguro el desarrollo académico de la investigación.

Desde el punto de vista ético se cumplió con los requerimientos establecidos por el comité de Bioética de la Universidad autónoma de Manizales y se utilizo la información recogida con fines investigativos. De esta manera el establecer los determinantes sociales de la salud de las personas con discapacidad se constituye en una aproximación a una realidad que podría permitir la orientación de acciones relacionadas con éste colectivo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad según la CIF en el Municipio de Tuluá 2012, a partir del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad DANE 2005.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar los determinantes sociales de la salud estructurales de los participantes a partir del registro para la localización y caracterización de las personas con Discapacidad en el Municipio de Tuluá (Valle del Cauca).
- Identificar los determinantes sociales de la Salud intermedios de los participantes a partir del registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad en el Municipio de Tuluá (Valle del Cauca).
- Caracterizar los componentes de la discapacidad en cuanto a deficiencias en funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación e interacción de los mismos, según los criterios del funcionamiento y discapacidad de la clasificación Internacional del Funcionamiento de la salud y la Discapacidad CIF, parte I.
- Determinar las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y cada uno de los los componentes de discapacidad según la CIF.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Determinantes sociales de la salud

El concepto de determinantes sociales de la salud surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos [14].

Los Determinantes Sociales en Salud son entendidos, como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como las desigualdades que se manifiestan en estas condiciones también crean desigualdades en salud [15]. Así mismo son definidos como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla.” [16].

Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas [2]. Diversos estudios en Colombia han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y el auto percepción del estado de salud [8,9].

Uno de los conceptos más importantes es el expresado por Lalonde en 1974, que identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención [2]. Este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes.

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña [17]. Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de

influencia. (Figura 1) Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud.

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

**Figura 1. Principales determinantes en salud.**



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

Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de

la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios” [18].

Se tiene entonces por un lado los factores de vivencias materiales en las áreas de vivienda, trabajo, alimentación, saneamiento etc.; por otro los factores psicosociales y conductuales; y por ultimo ciertamente los factores biológicos (que incluyen los genéticos). Un determinante importante en esta esfera intermedia serían los mismos sistemas de salud, los cuales, en este enfoque, devendrían en determinantes sociales en la medida que son el resultado de construcciones sociales muy vinculado a las políticas. La interacción de estos DSS influiría (próximamente) a explicar la salud y enfermedad de los individuos [19].

En relación a la distinción entre los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en la salud cabe mencionar que la acción sobre los determinantes sociales de la salud tiene su foco de intervención en reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o las intervenciones sobre los mecanismos causales asociados a ellos, estos serían los determinantes intermedios. Por otra parte la acción sobre los determinantes de las inequidades de la salud tiene su foco en los niveles de distribución de los determinantes estructurales o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios, es decir la jerarquía o posición social [2].

Los determinantes estructurales son aquellos que generan estratificación social, e incluyen factores tradicionales como los ingresos y la educación, en la actualidad resulta también muy importante reconocer el género, el grupo étnico y la sexualidad entre otros como estratificadores sociales. Dentro de los determinantes intermedios se incluyen condiciones de vida, laborales y disponibilidad de alimentos, entre otros [2].

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

condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda, y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal [17].

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

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

- Servicios de salud: en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades, restituir la salud y el funcionamiento contribuyen a la salud de la población.
- Género: Se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencias relativas que la sociedad atribuye a los dos sexos de una manera bidireccional. Medidas para mejorar la inequidad de género mejoran la salud de la población.
- Cultura: Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones como marginación, estigmatización, la pérdida del valor del idioma o la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y los servicios culturalmente aceptados [20].

Wilkinson y Marmot han abordado el tema de los determinantes sociales de la salud y definen el gradiente social, el estrés, el comienzo de la vida, la exclusión social, el empleo, el desempleo, la adicción, la alimentación, el transporte, como los que tienen la mayor posibilidad de explicar los niveles de salud de una población [21].

De otro lado es importante plantear lo retomado por Borrel [22], el cual abordando el planteamiento de La Measurement and Evidence Knowledge Network de la comisión de Determinantes Sociales de la OMS propone una serie de principios para desarrollar la evidencia sobre las desigualdades en salud [23], principios que son construidos sobre diferentes autores y en los cuales se resalta la relevancia de investigar bajo la perspectiva de los DSS los diferentes eventos dentro de los cuales la discapacidad resulta ser un tema relevante.

1. Adoptar un compromiso sobre el valor de la equidad. La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente [24,25]. El valor explícito que sustenta la investigación sobre desigualdades en salud es que las desigualdades que hay entre sociedades y en una misma sociedad son injustas, evitables e implican la explotación de los grupos desfavorecidos a causa de la desigual repartición de los recursos y del poder. Este valor debe estar presente en todo el proceso investigador.

2. Utilizar una aproximación basada en la evidencia. Ello es importante tanto para avanzar en la investigación como para poner en marcha intervenciones. La medicina basada en la evidencia ha sentado las bases para recoger la mejor evidencia empírica cuantitativa. Sin embargo, también es interesante utilizar aproximaciones cualitativas. Dixon-Woodsetal [26], 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 [27]. Tener en cuenta tanto las diferencias de salud entre grupos como los gradientes. Las desigualdades en salud se han descrito siguiendo tres aproximaciones [28].

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 [29], por lo que debería enfatizarse el primer enfoque.

4. Comprometerse a intentar identificar los 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, ya 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 [30,31]. La ciencia está construida



socialmente y, por lo tanto, sujeta a sesgos. Los valores políticos de los investigadores pueden influir en diversos aspectos, como por ejemplo en la elección de temas de investigación o en la metodología utilizada.

Por todo ello, es necesario explicitar bien los sesgos políticos que pueden afectar a cualquier investigación. El instrumento Bias Free (Building an Integrative Analytical System for Recognizing and Eliminating In Equities) permite identificar y evitar los sesgos en la investigación en salud que se derivan de cualquier jerarquía social [32].

A nivel investigativo se resalta como varios países han identificado la necesidad de investigar sobre las desigualdades en salud y de generar, sintetizar y difundir la evidencia sobre su magnitud y causas y sobre las políticas para reducirlas. Esto ha llevado al establecimiento, según el caso de comisiones, proyectos o unidades de investigación estables. Es así como el objetivo del proyecto Teroka en Finlandia era contribuir a crear y difundir conocimiento sobre la existencia y la evolución de las desigualdades socioeconómicas en salud (incluyendo publicaciones científicas, material educativo, organización de seminarios y redacción de documentos de consenso dirigidos al gobierno), para lograr avanzar en la puesta en marcha de planes y políticas para reducir las desigualdades [33].

Otra investigación que es necesario destacar es que, en el año 2008, el National Institute for Health Research implementó un programa de investigación sobre intervenciones no sanitarias para mejorar la salud y disminuir las desigualdades en salud [34].

Existen evidencias explícitas a través de estudios que han demostrado la manera como los diferentes determinantes sociales de la salud pueden influir sobre diferentes condiciones de los sujetos, así por ejemplo el hecho de que las mujeres tengan vidas más largas no se traduce necesariamente en vidas más sanas, ya que como la probabilidad de desarrollar discapacidades aumenta con la edad, la proporción de mujeres con problemas de salud y discapacidad es también mayor. No existen datos que indiquen el nivel de discapacidad de las mujeres en el mundo; sin embargo, estimaciones de la OMS sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, pueden esperar vivir más años de vida con discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres [21]. Existen determinantes económicos, sociales, políticos y culturales que influyen en la manera en que las mujeres envejecen con consecuencias inimaginables para su salud y calidad de vida, mismos que se traducen en el incremento de costos a los sistemas de salud. Por otro lado, la situación de los hombres en países en desarrollo es también delicada, ya que las precarias condiciones laborales y las largas y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida implican un mayor riesgo de discapacidad [22].

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

Los datos arrojados de la encuesta de población Nacional de Salud (NPHS) en Canadá [35], investigación que evaluó el bienestar de los inmigrantes en una serie de áreas de la vida social, evidenciaron los determinantes sociales de la salud de la población inmigrante, no se encontró un patrón evidente, de asociación entre las características socioeconómicas y las características de la inmigración, por un lado, y el estado de salud por el otro, los resultados de este estudio sugieren que los factores socioeconómicos son más importantes para los inmigrantes que no inmigrantes.

Otro aspecto importante es la producción social de salud, centrado en la forma en que los niveles de salud están determinados por las estructuras de la desigualdad social y las conductas o los estilos de vida " [36]. Para ello se utilizó un análisis de regresión múltiple de datos de la Encuesta Nacional 1994 de Canadá Salud de la Población. Dos medidas de salud se utilizan: el estado de salud subjetiva y el Health Utilities Index (una medida del estado de salud funcional). Por los determinantes estructurales que se refieren a la edad, estructura familiar, la actividad principal, la educación, ocupación, ingresos y apoyo social. Determinantes de la conducta son los factores de estilo de vida relacionados con fumar, beber, el peso y la actividad física. Los resultados indican que las estructuras de la desigualdad social son los determinantes más importantes de la salud actuando de manera independiente y por su influencia en los determinantes del comportamiento de la salud, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los factores que predicen la salud de mujeres y hombres [37], basada en el género las desigualdades en salud se explican por factores de vulnerabilidad diferencial a las fuerzas sociales entre hombres y mujeres.

Además es importante considerar como la igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injusta y evitable entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente [37].

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 [19].

En general hay acuerdo entre los investigadores en que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de factores intermediarios. Los estudios longitudinales muestran que cuando se mide el estatus socioeconómico de un grupo de personas y se hace seguimiento para evaluar la aparición de problemas de salud, las enfermedades se presentan en mayor número en aquellas personas ubicadas en los estratos más bajos. Pero esas causas sociales actúan de manera indirecta, a través de determinantes específicos intermediarios que son distribuidos de manera desigual en la sociedad. Se han identificado como factores intermediarios los bienes materiales, el comportamiento en salud, o sea los hábitos de vida, los factores psicosociales y los biológicos [38].

#### **4.2 Discapacidad en la perspectiva de la CIF (clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud)**

La discapacidad es un término genérico que incluye déficits en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud CIF [39], está basada en un modelo biopsicosocial para abordar la salud y la discapacidad, entiende la discapacidad como “una interacción multidireccional entre la persona y su contexto socio-ambiental” y la nombra con la palabra Situación de Discapacidad porque la considera como un problema creciente y sitúa a todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa. La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus variaciones, así como la relación del contexto, brindan un lenguaje unificado, estandarizado y un marco conceptual para la descripción de los componentes de la salud. La CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980) a una clasificación de “componentes de salud”. Los “componentes de salud” identifican los constituyentes de la salud, mientras que las “consecuencias” se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud.

Así, la CIF adopta una posición neutral en relación con la etiología, de manera que queda en manos de los investigadores desarrollar relaciones causales utilizando los métodos científicos apropiados. De forma similar, este planteamiento es también diferente del abordaje basado en los

“determinantes de salud” o en los “factores de riesgo”. Para facilitar el estudio de los “determinantes” o “factores de riesgo”, la CIF incluye una lista de factores ambientales que describen el contexto en el que vive el individuo.

Al analizar el funcionamiento y la discapacidad se deberá incluir el abordaje de lo corporal: funciones, estructuras corporales y deficiencias en estructuras y funciones corporales, de lo individual y lo social: es decir Actividades y Participación, limitación en las actividades y restricción de la participación en la sociedad).

Funciones corporales se refieren a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas; y las estructuras corporales son las partes anatómicas o estructuras del cuerpo como órganos y miembros. Es decir, proporciona información sobre el estado funcional del individuo en lo referente a las partes anatómicas y fisiológicas del cuerpo.

Las 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 e implica una perspectiva individual en un contexto normalizado y participación es el acto de involucrarse en una situación vital, implica una perspectiva social en un contexto real, las limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades y restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Los factores contextuales son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, tienen dos componentes: factores ambientales y factores personales. Los Factores ambientales se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y su estilo de vida, están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos pueden incluir el sexo, la raza, la edad, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, la educación, la profesión, experiencias actuales y pasadas, comportamiento, personalidad, espiritualidad, entre otros.

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

realizado procesos investigativos que intentan hacer una mirada y abordaje a la discapacidad. Es así como Cruz y Jaramillo [40], realizaron un estudio cuya finalidad era la formulación de un Índice de Discapacidad Humana, que permita conocer la dimensión y el impacto de la discapacidad en Colombia, para ello plantean una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF [39] con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad entre dichos factores. Este estudio muestra como el análisis global por grupos de factores personales y ambientales, sugiere un mayor peso de los segundos en la generación y exacerbación de la discapacidad, en la medida en que responden a determinantes relacionados 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 con discapacidad y con limitaciones del movimiento y del sistema nervioso. Además se reconoce como la fuente del DANE, constituye la mejor información disponible en discapacidad para Colombia.

Sin embargo se pueden evidenciar otras fuentes de información como por ejemplo en Colombia los datos que muestran información relacionada con la discapacidad, se extraen del consolidado del registro para localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe en 2009 [5]. Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas con discapacidad de 829 Municipios del país. Las cifras de la población con discapacidad proceden de diferentes fuentes entre ellas el Censo 1993, la prueba piloto de Yopal realizada en el 2001, la prueba piloto de Soacha realizada en el 2003, el Censo 2005, el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad y de estudios realizados como el de la Universidad Javeriana, el estudio de prevalencia de discapacidad del Valle del Cauca, entre otros.

Sin embargo, existen diferencias metodológicas importantes que en muchos casos no permiten la comparación entre ellos. Según el Conpes 80 [41], el diagnóstico de la situación actual de discapacidad presenta varias dificultades principalmente por las limitaciones de los sistemas de información, prevención, falta de articulación entre los diferentes sectores y el estado, situación que dificulta que se encaminen adecuadamente las políticas públicas alrededor de la discapacidad. Es claro que las diferencias

en cobertura de estos estudios hacen no comparables sus estimaciones de prevalencia de la condición de discapacidad [42].

En cuanto a los estudios sobre determinantes sociales y discapacidad, en Australia [43], se ha planteado que la discapacidad surge cuando las personas con discapacidad se enfrentan por las condiciones sociales o del medio ambiente, estableciendo que la discapacidad es una resultante de la operación de desactivación y discriminación desde las condiciones culturales, sociales y ambientales.

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

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

Es así como el éxito en el alcance de los objetivos de desarrollo dependerá en la medida de la atención de las necesidades y el contexto de los niños con discapacidad. Para ello se hace necesario tomar las medidas necesarias para hacer frente a los determinantes sociales de la salud en general, con nuevas mejoras que tengan en cuenta las circunstancias particulares de las personas con discapacidad.

Esto demanda acciones concretas en los cuatro puntos de entrada identificados por Diderichsen et al [44], para hacer frente a inequidades de la salud, como son; el abordar los factores de estratificación social (por ejemplo, asegurar que los niños en situación de discapacidad accedan a la educación

efectiva, asegurarse de que los adultos en situación de discapacidad puedan acceder a un empleo gratificante y seguro); la vulnerabilidad diferencial (por ejemplo, mediante la promoción de la resistencia de las personas), y dirección de consecuencias diferenciales (por ejemplo, asegurando que todas las personas en situación de discapacidad tengan igualdad de acceso a una atención sanitaria eficaz).

En Canadá se buscó identificar los factores asociados con la salud propia calificación de las personas con y sin enfermedades crónicas o discapacidad a largo plazo [45], para ello se trabajó con los datos de la población de los hogares canadienses durante los años de 1994-1995, donde se encuestaron 13.995 personas de 20 años de edad. Los factores incluidos en los análisis fueron las enfermedades relacionadas (enfermedades crónicas, discapacidad a largo corto plazo, y el dolor) demográficos, estilo de vida (tabaquismo, actividad física, beber), y social de los recursos psicológicos (dominio, el estrés crónico, estrés, autoestima, y apoyo social). Los resultados arrojaron datos como que las variables relacionadas con las enfermedades se asocian con la mala salud, con aportes pequeños pero significativos de factores demográficos y de estilo de vida. Recursos psicológicos, especialmente el dominio de una alta autoestima, se asocia con una mejor salud de las personas con enfermedades crónicas o discapacidad.

### **4.3 Operacionalización de variables**

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

Los determinantes sociales estructurales sociodemográficos para fines de este trabajo son los siguientes;

- Genero.
- Edad.
- Nivel educativo.
- Grupo étnico.
- Área de residencia.
- Estratificación socioeconómica.

Los determinantes sociales intermedios:

- Actualmente participa en alguna organización.
- Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales del entorno físico.
- Barreras actitudinales.
- Origen de la discapacidad.

- Consecuencia de la discapacidad.
- Enfermedad profesional.
- Por consumo de psicoactivos.
- Por desastres naturales.
- Por accidente.
- Como víctima de violencia.
- Del conflicto armado.
- Dificultades en la prestación del servicio de salud.
- Afiliación del sistema general de seguridad social en salud.
- Circunstancias materiales: trabajo.
- Trabajo realizado.
- Capacidad para trabajo afectada por discapacidad.
- Ingreso mensual promedio.
- Actividad económica actual.
- Tipo de vivienda.
- Condición de vivienda.
- Servicios de rehabilitación.
- Factores de recuperación.
- Tipo de rehabilitación ordenada.
- Asistencia actual a rehabilitación.
- Quien paga la rehabilitación.
- Porque no recibe la rehabilitación.
- Años sin rehabilitación.

Y los componentes de discapacidad de acuerdo a la CIF:

- Alteraciones permanentes por condición de salud.
- Limitación.
- Restricción en la participación social.
-



Tabla 1. Variables determinantes sociales

Tipo de Determinante social de la salud	Determinante	Definición	Indicador	Código
<b>Sociodemográficos</b>				
<b>Estructurales</b>	Género	Tipo de relaciones o condiciones del ser hombre o mujer con base en las características, los roles, y las oportunidades que el grupo social asigna a cada uno de aquellas y aquellos	Masculino	0
			Femenino	1
	Edad	Número de años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de encuesta	Edad cumplida en años	Años
	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
			Preescolar incompleto	1
			Preescolar completo	2
			Básica Primaria incompleta	3
			Básica Primaria completa	4
			Básica Secundaria incompleta	5
			Básica Secundaria completa	6
			Técnico o tecnólogo incompleto	7
			Técnico o tecnólogo completo	8
Universitario sin título			9	
Universitario con título	10			
Posgrado incompleto	11			
Posgrado completo	12			

Tipo de Determinante social de la salud	Determinante	Definición	Indicador	Código
<b>Sociodemográficos</b>				
<b>Estructurales (Cont.)</b>	Grupo Étnico	Grupo humano cuyos caracteres morfológicos se perpetúan por herencia. Estos caracteres pueden no coincidir con los somáticos, lingüísticos y culturales, que constituyen unidades denominadas	Negro	1
			Raizal	2
			Palenquero	3
			Gitano	4
			Indígena	5
			Mestizo u otro diferente	6
	Área de residencia	Tipo de área donde reside	Cabecera	0
			Centro poblado	1
			Rural disperso	2
	Estratificación Socio-económica (Estrato social)	Nivel de clasificación del inmueble de la población.	Estrato 1	1
			Estrato 2	2
			Estrato 3	3
			Estrato 4	4
			Estrato 5	5
Estrato 6			6	
Sin respuesta			9	
<b>Intermedios</b>	Actualmente participa en alguna organización	Persona que asiste a algún grupo de naturaleza y difusión de un bien común	Si	1
			No	2
	Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales del entorno físico.	Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales del entorno físico.	Dormitorio	1
			Sala comedor	2
			Baños	3
			Escaleras	4
			Pasillos y patios	5
			Andenes aceras	6
			Calles, vías	7
			Parques, plazas	8
estadios, teatros, iglesia			9	

<b>Tipo de Determinante social de la salud</b>	<b>Determinante</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Código</b>
<b>Intermedios</b>  (Cont.)	Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales del entorno físico	Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales del entorno físico.	Paraderos, terminales de transporte	10
			Vehículos de transporte público	11
			Centros educativos	12
			Lugares de trabajo	13
			Centros de salud, hospitales	14
			Centros comerciales, tiendas, plaza de mercado	15
			Otros lugares	16
	Ninguno	17		
	Barreras Actitudinales	Factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes limitan el desarrollo y generan discapacidad (incluye actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad)	Actitudes negativas de familiares	1
			Actitudes negativas de amigos y compañeros	2
			Actitudes negativas de vecinos	3
	Barreras Actitudinales	Factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes limitan el desarrollo y generan discapacidad	Actitudes negativas de funcionarios, empleados	4
			Actitudes negativas de otras personas	5
			Actitudes negativas de nadie	6
	Origen de la discapacidad	Conoce las causas o comienzo de la discapacidad	Si	0
			No	1

Tipo de Determinante social de la salud	Determinante	Definición	Indicador	Código		
<b>Intermedios</b>	Consecuencia de la discapacidad	Hecho o acontecimiento que se deriva o resulta de otro	Condiciones de salud de la madre	1		
			Complicaciones en el parto	2		
			Enfermedad general	3		
			Alteración genética hereditaria	4		
			Lesión auto-infligida	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		
(Cont.)	Enfermedad profesional	Aquella que es contraída como consecuencia del trabajo ejecutado	No sabe cuál es el origen	99		
			Medio ambiente físico en lugar de trabajo	1		
			Condiciones de seguridad	2		
			Contaminantes	3		
			Carga de trabajo físico mental	4		
			Organización del trabajo	5		
			Otra causa	6		
			Por consumo de psicoactivos	Consecuencia por uso indebido de sustancia químicas que ejercen efecto en el SNC.	Psicoactivos aceptados socialmente	1
					Psicoactivos no aceptados socialmente	2

Tipo de Determinante social de la salud	Determinante	Definición	Indicador	Código
Intermedios  (Cont.)	Por desastres naturales	Alteraciones intensas del medio ambiente	Terremoto	1
			Inundación	2
			Deslizamiento	3
			Otro desastre	4
	Por accidente	Algo que sucede de manera inesperada	De tránsito	1
			En el hogar	2
			En el centro educativo	3
			De trabajo	4
			Deportivo	5
			Otro tipo	6
			Como víctima de violencia	Consecuencia de una conducta que se realiza de manera consciente y adrede y genera daño a la persona
	Delincuencia común	2		
	Social	3		
	Otra	4		
	Del conflicto armado por	Situación en que dos o más individuos entran en confrontación por un grupo armado	Arma de fuego	1
			Bomba	2
			Minas antipersona	3
			Otro tipo de arma	4
			Atención médica inoportuna	1
	Dificultades en la prestación del servicio de salud	Inconvenientes para recibir beneficios de apoyo en salud	Equivocaciones en el diagnóstico	2
			Formulación o aplicación equivocada de medicamentos	3
			Deficiencia en la calidad de atención	4
			Otra	5
	Afilación a SGSSS	Un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, a cargo del Estado	Contributivo	1
			Subsidiado	2
			Régimen especial	3
			Vinculado	4
Ninguno			5	
No sabe			6	

Tipo de Determinante social de la salud	Determinante	Definición	Indicador	Código		
Intermedios (Cont.)		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		
			Circunstancias materiales: Trabajo.	Actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses	Estudiando	5
					Realizando oficios del hogar	6
					Recibiendo renta	7
					Pensionado-jubilado	8
					Realizando actividades de autoconsumo	9
					Otra actividad	10
Trabajo realizado	Actividad humana libre ya sea material o intelectual, permanente o temporal	Obrero-empleado del gobierno	1			
		Obrero-empleado particular	2			
		Jornalero-peón	3			
		Patrón o empleador	4			
		Trabajador por cuenta propia	5			
		Empleado doméstico	6			
		Trabajador familiar sin remuneración	7			
		Capacidad para trabajo afectada por discapacidad	Dificultades para desempeño laboral por la discapacidad	Si	1	
No	2					
Ingreso mensual promedio	Dinero que recibe un trabajador por servicios prestados	Pesos	Pesos			
Actividad económica actual	Ocupación que le genere algún producto, bien o servicio	Industria	1			
		Comercio	2			
		Agrícola	3			
		Pecuaria	4			
		Servicios	5			
		Otra	6			

Tipo de Determinante social de la salud	Determinante	Definición	Indicador	Código
<b>Intermedios</b>  (Cont.)	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 vivienda	Condición de tenencia 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	
Habitante de la calle			7	
Servicios de Rehabilitación	Recuperación de la discapacidad	Si	1	
		No	2	
Factores de recuperación	Situaciones que favorecen la recuperación	Los servicios de salud y servicios recibidos	1	
		Apoyo familiar	2	
		Empeño por salir adelante	3	
		A Dios	4	
		Medicina alternativa	5	
		Otro	6	
Tipo de rehabilitación ordenada	Tipo de servicio de salud recibido	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	

Tipo de Determinante social de la salud	Determinante	Definición	Indicador	Código
<b>Intermedios</b>	Asistencia actual a Rh	Asistencia a los servicios de rehabilitación.	Si	1
			No	2
(Cont.)	Quien paga la Rh	Persona quien responde económicament e con el pago de los servicios de rehabilitación recibidos	SGSS	1
			Familia	2
			Personalmente	3
			ONG	4
			Empleador	5
			Otro	6
	Tipo de establecimiento o de Rh	De carácter público o privado	Publico	1
			Privado	2
			No sabe	3
	Porque no recibe rehabilitación	Razones por las cuales no recibe rehabilitación.	Ya termino la rehabilitación.	1
			Cree que ya no lo necesita.	2
			No le gusta.	3
			Falta de dinero.	4
Porque no recibe rehabilitación	Razones por las cuales no recibe rehabilitación.	Lejanía del centro de atención.	5	
		No hay quien lo lleve.	6	
		No sabe.	7	
Años sin Rh	Hace cuánto tiempo no recibe rehabilitación.	Años	Dato	

**Fuente:** Construcción hecha por los investigadores, según el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad del DANE.



#### 4.4 Operacionalización de componentes de la discapacidad de acuerdo a la CIF.

La operacionalización que a continuación se describe hace referencia a los componentes de la discapacidad contemplados en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (DANE).

**Tabla 2. Componentes de la discapacidad: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.**

Variable	Sub-variable	Definición	Indicador	Índices
<b>Componentes de Discapacidad</b>	Alteraciones permanentes por condición de salud	Problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación significativa o una pérdida	El sistema nervioso	1
			Los ojos	2
			Los oídos	3
			Los demás órganos de los sentidos	4
			La voz y el habla	5
			El sistema cardio-respiratorio y las defensas	6
			La digestión, el metabolismo, las hormonas	7
			El sistema genital y reproductivo	8
			El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	9
			La piel	10
			Otra	11
Limitación	Dificultad que un individuo puede tener en el desempeño o realización de actividades diarias	Para pensar	1	
		Para ver	2	
		Para oír	3	
		Para percibir olores y sabores	4	
		Para hablar y comunicarse	5	
		Para movilizarse	6	
		Para masticar, tragar, asimilar alimentos	7	

•

Variable	Sub-variable	Definición	Indicador	Índices
	Limitación (Cont.)	Dificultad que un individuo puede tener en el desempeño o realización de actividades diarias (Cont.)	Para tener relaciones sexuales	8
			Para caminar, correr, saltar	9
			Para mantener piel, uñas, cabellos sanos	10
			Para relacionarse con los demás	11
<b>Componentes de Discapacidad (Cont.)</b>	Limitación (Cont.)	Dificultad que un individuo puede tener en el desempeño o realización de actividades diarias (Cont.)	Para llevar, mover, utilizar con las manos	12
			Para caminar, mantener la posición del cuerpo	13
			Para alimentarse, asearse y vestirse	14
			Otra dificultad.	15
	Restricción en la participación social	Derecho de las personas con discapacidad de intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucra.	Con la familia	1
			Con la comunidad	2
			Religiosas	3
			Productivas	4
			Deportivas	5
			Culturales	6
			Educación no formal	7
			Ciudadanas	8
			Otras	9

**Fuente:** Construcción hecha por los investigadores, según los componentes de la CIF. En su modelo Biopsicosocial.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 Tipo de estudio**

El estudio que se desarrolló es de tipo descriptivo, en el cual se contó con datos facticos a partir de los cuales se caracterizó comportamientos externos del objeto de la realidad estudiada. Con una fase correlacional que pretendió establecer el grado de correlación entre las variables estructurales e intermedias con respecto a los componentes de la discapacidad, pero sin pretender dar una explicación completa (de causa-efecto) al fenómeno investigado. Este se expresa mediante un coeficiente de contingencia que permite indagar hasta qué punto las alteraciones de una variable dependen de las alteraciones de otra. Este estudio pretendió evidenciar todos los determinantes sociales de la salud que mejor explican la condición de discapacidad de acuerdo a los componentes según la CIF, en el Municipio de Tuluá (Valle).

### **5.2 Población y muestra**

El estudio no conto con una muestra, sino con una población universo que corresponde a una base de datos del DANE, de personas con discapacidad; 1368 fue el total de personas identificadas en el registro Excel denominado registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, censadas en el Municipio de Tuluá año 2005, registro que fue entregado a los investigadores por parte de la secretaría de Salud del Municipio de Tuluá.

Los investigadores se comprometieron a hacer uso de estos exclusivamente para fines investigativos, conservando la reserva estadística de ellos. Es de aclarar que al momento el Municipio de Tuluá, haciendo la salvedad de que el registro se encuentra en continua actualización.

### **5.3 Criterios de inclusión**

Se incluyó el total de registros existentes en las bases de datos de la secretaría de salud del Municipio de Tuluá cuya información se encontró hasta la fecha completamente diligenciada. Los criterios de inclusión son todos los censados con al menos una limitación según el Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad DANE.

## **5.4 Técnicas e instrumentos de recolección**

No se empleó un instrumento de recolección de la información, teniendo en cuenta que se hizo una revisión de la base de datos, y se utilizó la matriz electrónica en Excel suministrada a las investigadoras por la Secretaria de Salud de Municipio de Tuluá. Los datos se trasladaron al paquete estadístico SPSS versión 19 en el cual se adecuó la matriz y se registró solamente las variables pertinentes del estudio igualmente se recodificaron otras para una mejor interpretación de la información.

### **5.4.1. Procedimiento**

El siguiente fue el procedimiento que se siguió en el desarrollo de la presente investigación:

- Trámite institucional para la adquisición de bases de los registros para la localización y caracterización de personas con discapacidad.
- Selección de las variables a explorar de la base de datos.
- Procesamiento de la información.
- Análisis y discusión de los resultados.

La sistematización de la información se realizó en el programa SPSS versión 19 (bajo Licencia Universidad Autónoma de Manizales 2012).

Primero se hizo un análisis univariado tanto de las variables estructurales como intermedias, calculando frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas y la magnitud de la misma a través del cálculo de las medidas de tendencia central y de variabilidad o dispersión para la única variable cuantitativa edad.

Se realizó un análisis exploratorio bivariado estratificando las variables estructurales e intermedias como independiente por la variable dependiente restricción y no restricción de la participación, como componente de la discapacidad. Los otros dos componentes: limitaciones y déficit no se analizaron porque se presentaron en el 100% de la población registrada, convirtiéndose en una constante. Se hizo la interpretación de los resultados del análisis univariado, una vez determinada la caracterización de los componentes de la discapacidad según la CIF que corresponde al tercer objetivo planteado, el cual define alteraciones permanentes como deficiencias, dificultades en la actividad como limitaciones en la actividad y participación en actividades familiares o comunitarias como restricciones en la participación. A su vez se procedió a realizar el análisis bivariado, generando tablas de contingencia y cruzando las variables clasificadas como dependientes (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación) con todas los determinantes de identificación y entre ellas

mismas (consideradas como independientes) La deficiencia no se cruza con las variables independientes teniendo en cuenta que esta corresponde al 100% de la población convirtiéndose en una constante. Se empleó la prueba de Chi2 teniendo en cuenta que todas las variables se clasificaron como categóricas, se analizaron los valores de significancia bilateral para determinar la asociación entre variables ( $\leq 0.05$ ) y se establecieron los coeficientes de correlación de la siguiente manera: Phi para las variables de escala dicotómica, Coeficiente de Contingencia para las variables ordinales con tablas asimétricas, que corroboran dicha asociación a partir de niveles de dependencia (se hace la relación fuerte o débil si se acerca o se aleja de 1).

Según la interpretación y la explicación de la significancia y la dependencia se tendrán en cuenta los siguientes valores:

El valor del coeficiente phi varía en el intervalo [-1,1]:

Si  $\phi = 1$ , existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en proporción constante.

Si  $0 < \phi < 1$ , existe una correlación positiva.

Si  $\phi = 0$ , no existe relación lineal. Pero esto no necesariamente implica que las variables son independientes: pueden existir todavía relaciones no lineales entre las dos variables.

Si  $-1 < \phi < 0$ , existe una correlación negativa.

Si  $\phi = -1$ , existe una correlación negativa perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante.

## **5.5 Consideraciones éticas**

Desde el punto de vista ético, la investigación cumple con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [46] no se realizaron procedimientos que atenten contra la integridad física y moral de las personas. De acuerdo a la resolución 008430 artículo 11 el presente estudio se considera como “investigación sin riesgo”, ya que no atenta contra la integridad física y moral de los participantes del estudio [47]. La información recogida se usará solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

Debido a que en esta investigación el análisis efectuado se realizó sobre una base de datos ya elaborada no se requirió de consentimiento informado. Los datos resultados de estas bases serán utilizados solamente con fines académicos.

## 6. RESULTADOS

En el presente estudio se registraron 1.368 personas identificadas en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad del Municipio de Tuluá.

### 6.1 Análisis univariado

A continuación se presentan los resultados para las variables que constituyen el grupo de los factores estructurales

**Tabla 3. Distribución de los determinantes estructurales. Sociodemográfica: Género, edad, nivel educativo, raza, área y estrato.**

Determinante	N (1368)	%
<b>GÉNERO</b>		
Masculino	765	55,9
Femenino	603	44,1
<b>EDAD</b>		
0 – 4 años	46	3,4
5 – 9 años	85	6,2
10 – 14 años	113	8,3
15 – 19 años	96	7,0
20 – 24 años	77	5,6
25 – 29 años	78	5,7
30 – 34 años	79	5,8
35 – 39 años	102	7,5
40 – 44 años	79	5,8
45 – 49 años	68	5,0
50 – 54 años	79	5,8
55 – 59 años	70	5,1
60 – 64 años	83	6,1
65 – 69 años	77	5,6
70 – 74 años	90	6,6
75 – 79 años	65	4,8
80 – 84 años	45	3,3
85 – 89 años	25	1,8
90 – 94 años	4	0,3

<b>Determinante</b>	<b>N (1368)</b>	<b>%</b>
95 – 99 años	5	0,4
Mayores de 100 años	2	0,1

<b>Variable</b>	<b>N (1368)</b>	<b>%</b>
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Preescolar	82	6,0
Básica primaria	515	37,6
Básica secundaria	127	9,3
Técnico o tecnológico	8	0,6
Universitario	14	1,0
Postgrado	0	0,0
Ninguno	582	42,5
No hay respuesta	40	2,9
<b>GRUPO ETNICO</b>		
Negro (a) afro- descendiente	45	3,3
Indígena	7	0,5
Mestizo u otro diferente	1294	94,6
No hay respuesta	22	1,6
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>		
Cabecera	1128	82,5
Centro poblado	171	12,5
Rural disperso	69	5,0
<b>ESTRATO</b>		
Estrato 1	262	19,2
Estrato 2	608	44,4
Estrato 3	433	31,7
Estrato 4	27	2,0
Estrato 5	8	0,6
Sin estrato	30	2,2

Fuente: Base de datos del DANE (2006-2006)– Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Cálculos propios.

De las personas registradas en la base de datos de la encuesta realizada por el DANE (2005-2006) sobre discapacidad en el Municipio de Tuluá, se



encuentra que el sexo masculino se presentan en mayor porcentaje con el 55.9%.

En cuanto a la edad se encontró que en mayor porcentaje participaron personas entre 10-14 años y 35-39 años (8.3% y 7.5%) respectivamente, es de resaltar cómo el 77.3% de la muestra cuenta con menos de 65 años. El 22.6% son menores de edad, el 48.5% adultos y el 28.9% adultos mayores la media de la edad fue de 41,7 años +/- 24,43 años, la edad mínima es 0 años y la edad máxima 100 años. No presenta Normalidad con un valor para Kolmogoroff Smirnov de 2.8 y un valor-p de 0.0

Nótese como el nivel educativo, de ninguno, preescolar y básica primaria reúnen el 86.1%. Uno de los aspectos importantes de mencionar en esta variable es que el 42.5% no tienen ningún nivel escolar, lo sigue el nivel de básica primaria con el 37.6%.

Respecto a la raza existe predominio del rango de raza mestizo u otro diferente con un 94.6%, y se identifica un bajo porcentaje de la población indígena con discapacidad. La Cabecera Municipal de Tuluá abarca el mayor porcentaje de población con discapacidad con un 82.5%.

Referente al estrato socioeconómico el de mayor porcentaje fue para el estrato 2 y 3 con un 44,4% y 31,7% respectivamente, en los estratos altos (4 y 5) se registró el 2.6%.

**Tabla 4. Distribución de los determinantes intermediarios: participación en ONG, barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía (actitud negativa).**

<b>Determinante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Participa en alguna otra organización</b>		
No sabe, no responde	1091	79,9
Si	144	10,5
No	131	9,6
<b>Barreras Arquitectónicas</b>		
Dormitorio	176	12,9
Sala comedor	179	13,1
Baño – sanitario	273	20,0
Escaleras	496	36,3
Pasillos – patios	199	14,5
Andenes, aceras	455	33,3
Calles, vías	508	37,1
Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	392	28,7
Paraderos, terminales de transporte	327	23,9
Vehículos de transporte publico	476	34,8
Centros educativos	243	17,8
Lugares de trabajo	193	14,1
Centros de salud, hospitales	323	23,6
Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	328	24
Otros lugares	74	5,4
Ninguno	544	39,8
Sin Dato	18	1,3
<b>Barreras actitudinales</b>		
Familiares	128	9,4
Amigos, compañeros	33	2,4
Vecinos	32	2,3
Funcionarios, empleados	8	0,6
Otras personas	13	1,0
Nadie	1166	85,2
Sin Dato	33	2,5

El cuestionario permite marcar más de una respuesta, por lo cual la suma de porcentajes no coincide con n=1368

Fuente: Base de datos del DANE (2005-2006)– Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Cálculos propios.

Referente a las participación en organizaciones sociales, existió un porcentaje bajo en dicha participación con solo un 10.5%, donde el 79,9% no sabe o no responde a esta pregunta.

Las barreras identificadas de su vivienda o entorno físico que les impiden mayor autonomía son las barreras arquitectónicas y urbanísticas. Se encuentran con mayor porcentaje las calles y vías 37,1%; además se encontró las escaleras, transporte público, andenes y aceras con porcentajes entre el 36,3%, 34,8 y el 33,3% respectivamente.

Un 85,2% no perciben actitudes negativas de nadie. El 14.8% restante encuentra que las actitudes negativas percibidas más frecuentes entre las personas del estudio fueron de sus propios familiares en un 9.4%, con un 2.4% de los amigos y compañeros, y de sus vecinos con un 2.3%.

**Tabla 5. Distribución de los determinantes intermediarios. Origen de la discapacidad.**

Determinante	N	%
<b>Conoce el Origen de la discapacidad</b>		
Si	1058	77,3
No	300	21,9
Sin Dato	10	0,7
<b>Consecuencia de la discapacidad</b>		
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	103	9,7
Complicaciones en el parto	70	6,6
Enfermedad general	397	37,5
Alteración genética, hereditaria	98	9,3
Lesión auto-infringida	3	0,3
Enfermedad Profesional	22	2,1
Consumo de psicoactivos	6	0,6
Desastre natural	2	0,2
Accidente	180	17,0
Víctima de la violencia	36	3,4
Conflicto armado	13	1,2
Dificultades en la prestación de servicios	43	4,1

<b>Determinante</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
de salud		
Otra causa	85	8,0
<b>Enfermedad profesional por</b>		
Medio ambiente físico	9	0,7
Condiciones de seguridad (maquinas, equipos)	1	0,1
Contaminantes	1	0,1
Carga de trabajo física o mental	6	0,4
Organización del trabajo	1	0,1
Otra causa	4	0,3
<b>Consumo de psicoactivos</b>		
Aceptados socialmente	4	0,3
No aceptados socialmente	2	0,1
<b>Desastres naturales</b>		
Inundación	1	0,1
Otro desastre natural	1	0,1
<b>Por accidentes</b>		
De transito	75	5,5
En el hogar	39	2,9
En el centro educativo	4	0,3
De trabajo	35	2,6
Deportivo	5	0,4
Otro tipo de accidente	22	1,6
<b>Por violencia</b>		
Al interior del Hogar	5	0,4
Delincuencia común	22	1,6
Social	9	1,6
Otra	1332	97,4
<b>Por conflicto armado</b>		
Arma de fuego	11	0,8
Otro tipo de arma	2	0,1
<b>Dificultad en los servicios de salud por</b>		
Atención medica inoportuna	12	0,9
Equivocaciones en el diagnostico	10	0,7
Formulación o aplicación equivocada de medicamentos	8	0,6

<b>Determinante</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Deficiencias en la calidad de la atención	8	0,6
Otra	5	0,4

El cuestionario permite marcar más de una respuesta, por lo cual la suma de porcentajes no coincide con n=1368

Fuente: Base de datos del DANE – Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Cálculos propios

Se observa que las consecuencias que dejaron como resultado la discapacidad en las personas registradas por el DANE en el Municipio de Tuluá. Con mayor frecuencia son las causadas por enfermedad general 37,5% y accidentes ocurridas en estas personas 17%. La de menor frecuencia es el desastre natural con 0,2%

Del 17% de las personas que refieren como causa de la discapacidad los accidentes, el 5,5% se da por accidentes de tránsito. Seguidamente se evidencian como otros factores de importancia en el origen de la discapacidad los accidentes que ocurrieron en el hogar y el trabajo con un 2,9% y 2,6% respectivamente.

Al evaluar los factores generados por violencia y conflictos armados, no son tan representativos debido a su bajo porcentaje de incidencia en el origen de discapacidades en la población, representan entre los dos factores un 4,6%. En lo que respecta al conflicto armado, la causa más común es la ocasionada por heridas con armas de fuego con una afectación del 0,8%.

En lo referente al origen de discapacidad generado por la dificultad en los servicios de salud, no se identifica un factor de evaluación relevante de causalidad, los datos muestran que tanto las fallas generadas por problemas administrativos y de calidad de los prestadores de servicios de salud (atención médica inoportuna y deficiencias en la calidad de la atención con un total del 0,9%) y las fallas u errores ocasionados por la mala praxis por parte de los profesionales asistenciales de salud (equivocaciones en el diagnóstico y la formulación o aplicación equivocada de medicamentos con un total del 0,6%) son equitativos en la responsabilidad de causalidad de discapacidad en la población afectada.

**Tabla 6. Distribución de los determinantes intermediarios. Afiliación y tipo de afiliación al SGSSS**

Determinante	N	%
<b>Afiliación</b>		
Si	1078	78,8
No	286	20,8
<b>Tipo de afiliación al SGSSS</b>		
Subsidiado	<b>851</b>	<b>62,2</b>
Contributivo	<b>205</b>	<b>15,0</b>
Régimen especial	22	1,6
Vinculado	57	4,2
Ninguno	213	15,6
No sabe	9	0,7
Sin respuesta	4	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>1368</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del DANE – Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Cálculos propios.

Con respecto a la afiliación, fue posible observar principalmente que se encuentran afiliados a algún régimen de la seguridad social en un 78,8%.

Sobre el régimen de afiliación a la seguridad social las personas con discapacidad en un 62,2% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, nótese como el 15,6% que no tienen ningún tipo de afiliación.

**Tabla 7. Distribución de los determinantes intermediarios. Condiciones materiales de trabajo.**

Determinante	n	%
<b>Actividad que se encuentra desarrollando en los últimos seis meses</b>		
Trabajando	160	11,7
Buscando trabajo	50	3,7
Incapacitado permanente para trabajar – sin pensión	450	32,9
Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	25	1,8

<b>Determinante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Estudiando	118	8,6
Realizando oficios del hogar	175	12,8
Recibiendo renta	2	0,1
Pensionado, jubilado	10	0,7

<b>Determinante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Realizando actividades de autoconsumo	15	1,1
Otra actividad	206	15,1
Sin respuesta	157	11,5
<b>Total</b>	<b>1368</b>	<b>100,0</b>

<b>Trabajo realizado</b>		
Obrero empleado del gobierno	2	0,1
Obrero empleado particular	34	2,5
Jornalero o peón	17	1,2
Patrón o empleador	1	0,1
Trabajador por cuenta propia	73	5,3
Empleado (a) domestico (a)	10	0,7
Trabajador familiar sin remuneración	8	0,6
Sin datos	21	1,5
No responde (no aplica)	1202	87,8
<b>Total</b>	<b>1368</b>	<b>100</b>

<b>Capacidad para trabajo afectada por discapacidad</b>		
Si	1077	78,7
No	133	9,7
No hay respuesta	27	2
<b>Total</b>	<b>1368</b>	<b>100</b>

<b>Ingreso mensual promedio</b>		
No devenga salario	1049	76,7
1 S.M o menos	255	18,6
Hasta 2 S.M	13	1,0
Hasta 3 S.M	4	0,3
5 S.M o mas	47	3,4
<b>Total</b>	<b>1368</b>	<b>100,0</b>

<b>Actividad económica actual</b>		
Industria	10	0,7
Comercio	40	2,9
Agrícola	17	1,2

<b>Determinante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Servicios	22	1,6
Otra actividad	58	4,2
Sin datos	19	1,4
Sin respuesta (No aplica)	1202	87,8
<b>Total</b>	<b>1368</b>	<b>100</b>

El cuestionario permite marcar más de una respuesta, por lo cual la suma de porcentajes no coincide con n=1368

Fuente: Base de datos del DANE – Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Cálculos propios.

En cuanto a la situación laboral en los últimos seis meses, el grupo predominante está conformado por los incapacitados permanentemente para trabajar y no tienen pensión 32.9%, seguidos por un 15.1% de personas que realizan otras actividades. Un 11.7% se encuentra trabajando.

Se encuentra que para las personas que poseen algún tipo de discapacidad y logran tener algún trabajo, el desempeño más común es trabajar por cuenta propia con un 5,3%, la segunda forma de conseguirlo es siendo empleado de personas particulares con un 2,5%. En bajo porcentaje están las contrataciones dadas por el gobierno, o ser jornaleros, patronos o empleados domésticos.

El 78,7% plantea que la discapacidad influye en su trabajo. De las personas que no se consideran afectadas la mayoría presenta dificultades en: pensar y memorizar, hablar y comunicarse, caminar, correr y saltar; entre el 46% y el 35%.

Respecto a los ingresos mensuales aunque el 11.7% trabajaba, solo el 23.3% percibe alguna cantidad de dinero en el mes y el 76.7% no devenga ningún tipo de salario. Estos ingresos van desde los que devengan menos de un salario mínimo hasta los de 5 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

**Tabla 8. Distribución de los determinantes intermediarios. Tipo de vivienda y su condición.**

<b>Determinante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de vivienda</b>		
Casa	982	71,8
Apartamento	165	12,1
Cuarto	169	12,4
Institución pública	1	0,1



Institución privada	0	0,0
Calle	1	0,1
Otro tipo de Vivienda	48	3,5
No hay respuesta	2	0,1
<b>Total</b>	<b>1368</b>	<b>100</b>

Determinante	n	%
<b>Condición de la vivienda</b>		
Arriendo o Subarriendo	430	31,4
Vivienda propia y la está pagando	79	5,8
Vivienda propia totalmente pagada	527	38,5
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	223	16,3
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	52	3,8
Otra	31	2,3
No hay respuesta	21	1,5
<b>Total</b>	<b>1368</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del DANE – Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Cálculos propios.

El mayor porcentaje de las personas con discapacidad en el Municipio de Tuluá habitan en viviendas propias (42.3%), ya sea que la estén pagando o este paga. De manera general el 58.6% no pagan ninguna cantidad de dinero por la vivienda que habitan, 37.2% deben de sacar de su presupuesto mensual algún dinero por concepto de vivienda.

**Tabla 9. Distribución de los determinantes intermedios. Servicios de rehabilitación.**

Determinante	N	%
<b>Recuperación de la discapacidad</b>		
Si	453	33,1
No	911	66,6
Sin datos	4	0,3
<b>Factores de recuperación</b>		
servicio de salud y rehabilitación	107	7,8
apoyo de familia	107	7,8
empeño por salir adelante	63	4,6
ayuda de dios	148	10,8
medicina alternativa	6	0,4
Otro	3	0,2
sin datos	21	1,5
<b>Determinante</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de rehabilitación ordenada</b>		

<b>Determinante</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Medicina física y de rehabilitación	165	12
Psiquiatría	82	6
Fisioterapia	391	28,4
Fonoaudiología	244	17,7
Terapia ocupacional	230	16,7
Optometría	150	10,9
Psicología	218	15,8
Trabajo social	63	4,6
Medicamentos permanentes	420	30,5
Otro tipo de rehabilitación	65	4,7
Ninguno	361	26,2
<b>Asistencia actual a servicio de rehabilitación</b>		
Si	241	17,6
No	759	55,5
Sin datos	1	0,1

<b>Determinante</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Quien paga la rehabilitación</b>		
Sistema general de la salud	75	5,5
La familia	117	8,6
Personalmente	10	0,7
ONG	2	0,1
El empleador	3	0,2
Otro	33	2,4
Sin datos	1	0,1
<b>Tipo de establecimiento de rehabilitación</b>		
Público	133	9,7
Privado	84	6,1
No sabe	19	1,4
Sin datos	5	0,4

El cuestionario permite marcar más de una respuesta, por lo cual la suma de porcentajes no coincide con n=1368

Fuente: Base de datos del DANE – Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Cálculos propios.

De la población con discapacidad que actualmente se encuentra en un proceso de rehabilitación, un 33,1% está en recuperación de su discapacidad.

La mejoría o recuperación de la población con discapacidad, es atribuida principalmente a un factor de creencia religiosa, la ayuda divina concentra el 10,8% de preferencia como mecanismo de recuperación, seguidamente se encuentran los servicios de salud y rehabilitación y el apoyo de familia con 7.8% cada uno.

Los tipos de rehabilitación a los cuales recurre la población con discapacidad de acuerdo a su problemática actual, son los tratamientos que implican medicación permanente y atención en fisioterapia con un 30,5% y 28,4% respectivamente.

Respecto a la utilización de servicios de rehabilitación se identifica actualmente un bajo porcentaje de asistencia al servicio de rehabilitación, con un 17,6% del total de la población con discapacidad registrada.

De la población que asiste a los servicios de rehabilitación, en el 48,5% de las personas con discapacidad, sus familias son las que realizan los pagos de los servicios de rehabilitación, mediante el sistema general de la salud realiza el 31,1% de los gastos de estos servicios.

Los establecimientos donde regularmente reciben tratamiento la población con discapacidad en el Municipio de Tuluá es en instituciones públicas con un 55,2%, y el 34,8% de las personas con discapacidad visitan las instituciones privadas.

El conocimiento por parte de la población con familia y acudientes sobre la prestación de los servicios de rehabilitación por parte del Municipio, el 34,73% de los encuestados conocen sobre esta alternativa de atención.

**Tabla 10. Distribución de los componentes de la discapacidad. Deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.**

<b>Componente</b>	<b>N=1368</b>	<b>%</b>
<b>Deficiencias en estructuras y funciones corporales</b>		
El sistema nervioso	896	65,5
Los ojos	676	49,4
Los oídos	437	31,9
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	109	8,0
La voz y habla	619	45,2
Sistema cardio-respiratorio y defensas	498	36,4
La digestión, el metabolismo y hormonas	406	29,7
Sistema genital y reproductivo	311	22,7
Movimiento, cuerpo, manos, brazos y piernas	897	65,6
La piel	194	14,2
Otras alteraciones	57	4,2
<b>Limitación en la actividad</b>		
Pensar y memorizar	712	52,0
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	350	25,6
Oír aun con aparatos especiales	247	18,1
Distinguir sabores u olores	77	5,6
Hablar y comunicarse	526	38,5
Desplazarse en trecho cortos por problemas respiratorios o del corazón	307	22,4
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	199	14,5
Retener u expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	275	20,1
Caminar, correr, saltar	740	54,1
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	141	10,3
Relacionarse con las demás personas y el entorno	284	20,8
Llevar, mover, ,utilizar objetos con las manos	374	27,3
Cambiar y mantener posiciones del cuerpo	280	20,5
Alimentarse, asearse y vestir por sí mismo	347	25,4

<b>Componente</b>	<b>N=1368</b>	<b>%</b>
Otra	20	1,5
<b>restricción en la participación</b>		
familia y amigos	721	52,7
Comunidad	411	30,0
religiosas o espirituales	730	53,4
<b>Componente</b>		
	<b>N=1368</b>	<b>%</b>
Productivas	109	8,0
deportivas o de recreación	240	17,5
Culturales	96	7,0
educación no formal	22	1,6
Ciudadanas	45	3,3
Otras	12	0,9
Ninguna	987	72,1

Fuente: Base de datos del DANE – Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Cálculos propios.

Todas las personas registradas presentan por lo menos una alteración permanente en este momento de su vida. En el 65.6% de estos sujetos predominó la alteración del movimiento, cuerpo, manos, brazos y piernas, de igual forma la alteración del sistema nervioso presentó porcentajes similares.

Teniendo en cuenta el número de alteraciones por persona, el 30.7% presentan entre una y dos alteraciones, el 37.6% entre tres y cuatro, el 22.1% entre 5 y seis y el 9.7% siete o más alteraciones permanentes.

En las dificultades se evidenció un predominio de caminar, correr, saltar, con el mayor porcentaje 54,1%, seguido por pensar y memorizar 52%, y hablar y comunicarse 38,5%. El distinguir sabores u olores mostró el porcentaje más bajo en la población estudiada 5,6%.

Se sabe que bajo el concepto de dificultades se incluyen categorías muy diversas que afectan con mayor o menor gravedad las facultades que son habituales para desenvolverse en la vida cotidiana. Sin embargo, conviene tener en cuenta que, de las 15 dificultades recogidas en la encuesta, las personas afectadas registran un promedio de 4. Donde el 60% de las personas registran hasta tres dificultades, y el 4.5% más de nueve dificultades.

Un 53.4% presentan una restricción en la participación con las comunidades religiosas o espirituales, según se indicaba en la encuesta del DANE, y un 52.7% con el vínculo más primario en las relaciones humanas como lo es la familia y los amigos, también se resalta a la comunidad en un 30%.

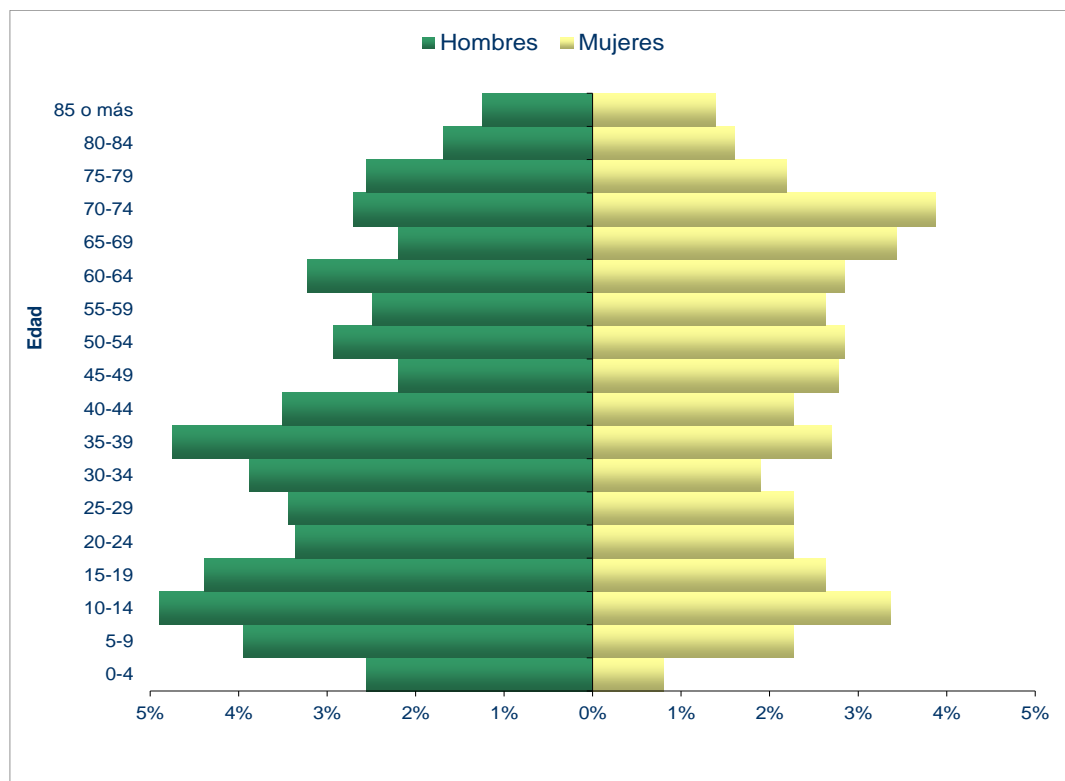
**Tabla 11. Caracterización de los componentes de la discapacidad según criterios de la CIF**

Según la CIF	Si	%	No	%
<b>Deficiencia</b>	1.368	100	0	0,0
<b>Limitación</b>	1.368	100	0	0,0
<b>Restricción</b>	993	72,6	375	27,4

Fuente: Base de datos del DANE – Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Cálculos propios.

Del total de personas del registro en el Municipio de Tuluá, el 100% reportaron al menos tener una deficiencia en función o estructura corporal, el 100% reporto al menos tener una limitación en actividades y el 72.6% presentó restricción en la participación.

**Figura 2. Pirámide poblacional sobre discapacidad en el Municipio de Tuluá según edad y sexo – año 2012**



Fuente: Datos de la investigación



Esta pirámide poblacional, muestra que la discapacidad en el Municipio de Tuluá presenta una forma estacionaria, lo que indica una tasa de crecimiento lenta o nula con respecto a la discapacidad, con una proporción moderada de niños en el grupo de 0 a 4 años, sin embargo se observa una mayor proporción de hombres que de mujeres hasta los 44 años, mientras que entre los 45 y 64 años existe un número de personas aproximadamente igual de ambos géneros, de los 65 a los 74 predominaron las mujeres con discapacidad, y en los grupos de más edad el número de personas se va estrechando además de ser similares.

Los resultados a continuación corresponden a los determinantes sociodemográficos estructurales e intermediarios de las personas que presentaron limitaciones y deficiencias, teniendo en cuenta que estos dos componentes de discapacidad, estaban presentes en el 100% de la población, mientras que el componente de restricción estuvo presente en un 72.6%.

## **6.2 Análisis bivariado.**

A continuación se presenta el análisis exploratorio bivariado estratificando las variables estructurales e intermedias como independiente por la variable dependiente restricción y no restricción de la participación, como componente de la discapacidad. Los otros dos componentes: limitaciones y déficit no se analizaron porque se presentaron en el 100% de la población registrada, convirtiéndose en una constante, se puede observar que al realizar el análisis bivariado, generando tablas de contingencia y cruzando las variables clasificadas como dependientes (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación) con todas los determinantes de identificación y entre ellas mismas (consideradas como independientes) La deficiencia no se cruza con las variables independientes teniendo en cuenta que esta corresponde al 100% de la población convirtiéndose en una constante. Se empleó la prueba de Chi<sup>2</sup> teniendo en cuenta que todas las variables se clasificaron como categóricas, se analizaron los valores de significancia bilateral para determinar la asociación entre variables ( $\leq 0.05$ ) y se establecieron los coeficientes de correlación de la siguiente manera: Phi para las variables de escala dicotómica, Coeficiente de Contingencia para las variables ordinales con tablas asimétricas, que corroboran dicha asociación a partir de niveles de dependencia (se hace la relación fuerte o débil si se acerca o se aleja de 1).

**Tabla 13. Relación de los determinantes sociales estructurales y restricciones.**

Determinante		Con restricciones (993)		Sin restricciones (375)		Total (1.368)	Chi2	valor p	Estadístico
		n	%	N	%	n			
<b>Género</b>	Hombre	536	54	229	61,1	765	5.6	0.02	Coeficiente de contingencia: 0.064
	Mujer	457	46	146	38,9	603			
<b>Edad</b>	Infancia	105	10,6	141	37,6	246	144.4	0.0	Coeficiente de contingencia: 0.31
	Juventud	180	18,1	30	8	210			
	Adulthood Joven	195	19,6	42	11,2	237			
	Adulthood Media	295	29,7	87	23,2	382			
	Vejez	219	22,1	75	20	294			
<b>Nivel de Escolaridad</b>	Ninguno	60	16,9	9	8,9	69	5.8	0.12	
	Primaria	37	10,4	16	15,8	53			
	Secundaria	21	5,9	8	7,9	29			
	Superior	237	66,8	68	67,3	305			

Determinante	Con restricciones (993)		Sin restricciones (375)		Total (1.368)	Chi2	valor p	Estadístico
	n	%	N	%	n			
<b>Raza</b>	Negro	30	3	15	4	9.8	0.021	Coeficiente de contingencia: 0.08
	Indígena	6	0,6	1	0,3			
	Mestizo	947	95,4	347	92,5			
	No responde	10	1	12	3,2			
	Cabecera	827	83,3	301	80,3			
<b>Área</b>	Centro poblado	124	12,5	47	12,5	5.06	0.08	
	Rural disperso	42	4,2	27	7,2			
	Estrato bajo	618	62,2	252	67,2			
<b>Estrato Socio económico</b>	Estrato Medio	353	35,5	107	28,5	18.19	0.0	Coeficiente de contingencia: 0.115
	Estrato Alto	8	0,8	0	0			
	Sin Dato	14	1,4	16	4,3			

Para determinar la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes del análisis bivariado se aplicaron pruebas no paramétricas como el chi cuadrado y se corroboraron dichos resultados estadísticamente significativos con el coeficiente de phi o de contingencia, quienes permiten establecer los niveles de dependencia .

En cuanto al género de la población con restricciones, se observó que el mayor porcentaje hace parte del género masculino el 54% en contraste con el 46% en el grupo femenino. Al aplicar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encuentra asociación estadística significativa ( $X^2:5.6$ ) (valor- $p=0.02$ ), el coeficiente muestra que no hay dependencia.

Sobre la edad de la población con restricciones quienes en su mayoría son de la adultez media 29,7%, seguido de vejez con un 22,1%; mientras que el porcentaje más bajo 10,6% son infantes, lo que se puede ligar a acompañamiento por parte de adultos en esta etapa de vida. Al realizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encontró asociación estadística significativa ( $X^2:144.4$ ) (valor- $p=0.00$ ) y según Coeficiente de contingencia (0,31), este establece una dependencia baja

En el nivel de escolaridad, se evidencia que el mayor porcentaje de población que presenta restricciones 66.8% tienen nivel escolar superior, mientras que el 6% están en secundaria. Al aplicar las pruebas estadísticas chi cuadrado no se encuentra asociación estadística significativa ( $X^2:5.8$ ) (valor- $p=0.12$ ).

Con respecto a la raza en la población que no presenta restricciones, se evidencia que el mayor porcentaje 92,5% son mestizos, mientras que el 4% de la población son afrodescendientes. Al aplicar las pruebas estadísticas chi cuadrado no se encuentra asociación estadística significativa ( $X^2:9.8$ ) (valor- $p=0.021$ ) según Coeficiente de contingencia (0,21), este establece una dependencia baja.

Con respecto al área en la población que presenta restricciones, se evidencia que la mayor proporción 83,3% están ubicados en la cabecera municipal, mientras que el 4,2% de la población está ubicado en la zona rural disperso, y en la población sin restricciones también la mayoría hace parte de la cabecera municipal 80,3%. Al aplicar las pruebas estadísticas chi cuadrado no se encuentra asociación estadísticamente significativa ( $X^2:5.06$ ) (valor- $p=0.08$ ).

Sobre el estrato socioeconómico en la población que presenta restricciones, se evidencia que el mayor porcentaje 62,2% son de estrato bajo, mientras que el 1% de la población son de estrato socioeconómico alto. Al aplicar las

pruebas estadísticas chi cuadrado se encuentra asociación estadísticamente significativa ( $X^2:18.1$ ) (valor-p= 0), según Coeficiente de contingencia (0,11), el nivel de dependencia es nulo.

**Tabla 124. Relación de los determinantes sociales intermedios y restricciones**

Variable		Con restricciones (993)		Sin restricciones (375)		Total (1.368)	Chi <sup>2</sup>	valor p	Estadístico
		n	%	N	%	n			
<b>Actualmente participa en alguna organización</b>	No	1	0,1	132	35,2	133	405.46	0.00	Coeficiente de contingencia: 0.478**
	Si	140	14	4	1	144			
	No sabe, no responde	852	86	239	63,7	1091			
<b>Barreras Arquitectónicas</b>	No	603	60,7	228	60,8	831	0.001	0.980	
	Si	390	39,3	147	39,2	537			
<b>Barreras Actitudinales</b>	No	851	85,6	315	84	1166	0.625	0.429	
	Si	142	14,3	60	16	202			
<b>Tipo de afiliación SGSSS</b>	Ninguno	189	19	92	24,5	281	6.06	0.048	Coeficiente de contingencia: 0.06*
	Afiliado	796	80,2	282	75,2	1.078			
	No sabe	8	0,8	1	0,3	9			
<b>Actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses</b>	Trabajando	318	32	57	15,2	375	378.02	0.000	Coeficiente de contingencia: 0.46***
	Estudiando	116	11,7	2	0,5	118			
	Incapacitados	338	34	112	29,9	450			
	Otro	205	20,6	63	16,8	268			
	No sabe	16	1,6	141	37,6	157			
<b>Trabajo realizado</b>	Obrero	53	5,3	13	3,5	66	9.81	0.02	Coeficiente de contingencia: 0.08*
	Patrón	1	0,1	0	0	1			
	Independiente	69	6,9	12	3,2	81			
	No sabe	870	87,6	350	93,3	1.220			

Variable		Con restricciones (993)		Sin restricciones (375)		Total (1.368)	Chi <sup>2</sup>	valor p	Estadístico
		n	%	N	%	N			
<b>Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad</b>	Si	860	86,6	217	88,9	1.077	384.18	0.0	Coeficiente de contingencia: 0.47***
	No	111	11,2	22	9	133			
	Sin dato	22	2,2	5	2	27			
<b>Ingreso Mensual</b>	Sin salario	733	74,1	316	84,3	1.049	18.6	0.000	Coeficiente de contingencia: 0.12***
	Menor de un salario y hasta 3	221	22,3	47	12,5	268			
	Mayor de tres salarios mínimos	35	3,5	12	3,2	47			
<b>Tipo de vivienda</b>	Casa	964	97,1	352	93,9	1.316	8.69	0.01	Coeficiente de contingencia: 0.08
	Institucional	1	0,1	0	0	1			
	Otros	28	2,8	23	6,1	51			
<b>Condición de la vivienda</b>	Propia	964	97,1	352	93,9	1.316	8.69	0.01	Coeficiente de contingencia: 0.08
	Arriendo	1	0,1	0	0	1			
	Otro	28	2,8	23	6,1	51			
<b>Rehabilitación Ninguno</b>	Si	242	24,4	131	34,9	373	15.62	0.000	Coeficiente de contingencia: 0.11***
	No	750	75,5	244	65,1	994			
<b>Factores de recuperación</b>	Servicios de salud	87	8,8	26	6,9	113	19.08	0.000	Coeficiente de contingencia: 0.12***
	Apoyo familiar, empeño, Dios	257	25,9	61	16,3	318			
	Otro	1	0,1	2	0,5	3			

No sabe, no responde	648	65,3	286	76,3	934
----------------------	-----	------	-----	------	-----

---



Los determinantes; Participa en alguna organización, Barreras actitudinales, Actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses, trabajo realizado, capacidad para el trabajo afectada como consecuencia de su discapacidad, Ingreso mensual, rehabilitación y factores de recuperación presentaron relación significativa con restricciones por su discapacidad con valores- $p < 0,05$ , al realizar la prueba de Chi cuadrado, el coeficiente de contingencia muestra una dependencia débil o baja.

En cuanto a las personas con restricciones que participan en alguna organización se evidencia mayor porcentaje en aquellas que si participan en alguna organización con un 14%, en contraste con el 0,1% de aquellas que no participan en alguna organización. Se debe tener presente que existe un 86% de no respuesta en esta categoría. Al realizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encontró asociación estadística significativa ( $X^2:405.46$ ) (valor- $p = 0.0$ ) y según Coeficiente de contingencia (0,47), este establece una dependencia moderada.

En relación a las personas que evidencian Barreras arquitectónicas la población que presenta mayor porcentaje de restricciones es aquella que no percibe tener barreras arquitectónicas con un 60,7%. Al aplicar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encuentra asociación estadística significativa ( $X^2:0.001$ ) (valor- $p = 0.980$ ), sin encontrar dependencia entre las variables.

Con respecto a la variable barreras actitudinales se puede destacar que es mayor la restricción en las personas que no evidencian barreras actitudinales de su entorno con un 85,6%, en contraste con el 14,3% de aquellas personas que si evidencian barreras actitudinales de su entorno. Al realizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encontró asociación estadística significativa ( $X^2:0.625$ ) (valor- $p = 0.429$ ) y según Coeficiente de contingencia (0.21), este establece una dependencia baja.

En cuanto al tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en Salud con el que cuenta la población con discapacidad que presenta restricciones, se evidencia que la mayor proporción son las que están afiliadas a algún sistema de salud, equivalente a 80,2%, en contraste con las que no saben si tienen alguna afiliación con 1%. Al aplicar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encuentra asociación estadística significativa ( $X^2:6.06$ ) (valor- $p = 0.048$ ), pero sin encontrar dependencia entre las variables.

En cuanto a la actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses la población que presenta mayor porcentaje de restricciones es la que se encuentra trabajando con un 32%, esto quiere decir, que de 375 personas que manifestaron estar trabajando 318 presentaron restricción en la

participación, en contraste con las 450 personas que se encontraban incapacitadas de las cuales 338 evidenciaron restricción en la participación, lo que equivale al 34%. Al realizar las pruebas estadísticas chi cuadrado se encontró asociación estadísticamente significativa ( $X^2:378.02$ ) (valor-p=: 0.0) y según el coeficiente de contingencia (0,46), este establece una dependencia moderada.

En lo que respecta a la variable trabajo realizado, se puede destacar que es mayor la restricción en las personas que se desempeñan como independiente 6,9%, seguido con el 5,3% en la población obrera. Es de resaltar que el 87,6% manifestaron no saber. Al aplicar las pruebas estadísticas chi cuadrado se encontró asociación estadísticamente significativa ( $X^2:9.81$ ) (valor-p= 0.02), sin encontrar dependencia entre las variables.

Las personas que referencian si haber evidenciado que su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad son quienes reportan mayores restricciones con un 86.6%, en contraste con las personas que no han visto afectada su capacidad para el trabajo como consecuencia de su discapacidad, donde el 11,2% manifestaron restricción en la participación. Al realizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encontró asociación estadística significativa ( $X^2:384.18$ ) (valor-p=: 0.0) y según Coeficiente de contingencia (0,47), este establece una dependencia moderada.

En cuanto a la variable ingreso mensual, que la población que evidencia mayores restricciones son aquellas que no tienen salario 74,1% seguido de aquellos que tienen menos de un salario mínimo con el 22.3%, Al realizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encontró asociación estadística significativa ( $X^2:18.6$ ) (valor-p=: 0.0) y según Coeficiente de contingencia (0,12), este establece una dependencia muy débil.

Con respecto al tipo de vivienda, en la población que presenta restricciones se evidencia que el mayor porcentaje 97,1% vive en casa, mientras que 2,8% habita en otro tipo de inmueble. Al aplicar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encuentra asociación estadística significativa ( $X^2:8.69$ ) (valor-p= 0.01), sin encontrar dependencia entre las variables.

En cuanto a la Condición de la vivienda, en la población que presenta restricciones se evidencia que el mayor porcentaje 97,1%. Al aplicar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encuentra asociación estadística significativa ( $X^2:8.69$ ) (valor-p= 0.01), sin encontrar dependencia entre las variables.

En lo que respecta a la rehabilitación, en la población que presenta restricciones la mayor proporción 75.5% no han recibido rehabilitación, en contraste con las personas que si han recibido rehabilitación de las cuales el 24,4% manifestaron restricción en la participación. Al realizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encontró asociación estadística significativa ( $X^2:15.62$ ) (valor-p=: 0.0) y según Coeficiente de contingencia (0,11), este establece una dependencia muy débil.

En cuanto a los factores de recuperación, se observó diferencias significativas entre las proporciones de las 934 personas que manifestaron no saber a que atribuyen su recuperación donde el 65,3% presentan restricción en la participación, seguido del 26% que atribuyen su recuperación al apoyo familiar, empeño, Dios. En contraste con 0,1% que atribuyen su recuperación a otras factores. Al realizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encontró asociación estadística significativa ( $X^2:19.08$ ) (valor-p=: 0.0) y según Coeficiente de contingencia (0,12), este establece una dependencia muy débil.

## 7. DISCUSIÓN

Los resultados arrojados por los valores encontrados en los determinantes sociales de la salud (estructurales) muestran que la prevalencia general de discapacidad en el Municipio de Tuluá, es de 7 por mil, tiene un mayor porcentaje en el género masculino con 55.9%; donde el grupo etareo de mayor ocurrencia es de 10-14 años; clasificado según el ciclo vital en la adolescencia (11 a 20 años de edad) [48], con el 8,3%; con respecto al nivel educativo el 42,5% de esta población no tienen un nivel de escolaridad; con respecto a raza, el 94,6% se denominan mestizo u otro diferente; se encuentran ubicados en la cabecera municipal 82,5%; y son de escasos recursos, en su mayoría pertenecen a los estratos 2 y 3.

En el anuario estadístico del año 2010 del Municipio de Tuluá la población según proyección DANE 2005, era de 187.275 habitantes, de los cuales 90.352 pertenecen al género masculino [49], con respecto a la discapacidad el mayor porcentaje está en los hombres 55.9%; el género se puede comparar con los resultados de Santiago de Cali con el 50,49% [50]; y con un estudio de Chile, que indica el 49% [51]; en Bogotá con el 43.6% [40], son hombres; por lo anterior se puede concluir que en estas dos ciudades del Departamento del Valle del Cauca la discapacidad se presenta más en el género masculino con un porcentaje poblacional de 57.56% aproximadamente, en contraste de lo que manifiesta la fundación Saldarriaga Concha [5] que principalmente el género femenino es donde más se presenta en el país según los registros para la localización y caracterización de personas con discapacidad.

Con respecto a la edad según el ciclo vital el mayor porcentaje de la población con discapacidad cuenta con edades entre los 10-14 años clasificado en el ciclo vital de la adolescencia (11-20 años de edad) [48], con 8,3%, a diferencia de lo que manifiesta la fundación Saldarriaga Concha [5], donde dice que el grupo de edad más afectado son los mayores de 60 años, dato muy similar al estudio Caracterización General en Chile, donde el 51%

de las personas con discapacidad se encuentran en edad adulta [52], determinante social de importancia, debido a que la población adulta es fuente de ingreso en cada región. La media de la edad fue de 41.7 años, dato que comparándolo con el estudio de Chile, el promedio de edad es de 33,0 años [51].

Este estudio determinó que el nivel escolar de las personas con discapacidad es Ninguno (42,5%) seguido de la educación básica primaria (37,6%); a diferencia de lo encontrado en datos de la población Chilena, donde el 70% ha cursado primaria y secundaria [52].

En cuanto a la raza cabe resaltar que en el Municipio de Tuluá el 94.6% de la población se clasifica como mestizo u otro diferente, seguida de la población afrodescendiente 3,3%, sin pertenencia étnica 1,6% y los indígenas 0.5%, (Rom, Raizal, Palenquero 0%); al comparar esta variable se puede decir que son datos muy similares a los encontrados en el registros de las personas con discapacidad, donde el 94,6% manifiestan ser mestizos u otro diferente, el 3,3% afrodescendiente y el 0.5% indígena.

Con respecto al área en el Municipio de Tuluá el mayor porcentaje de población con discapacidad está ubicada en la zona urbana (82,5%). Resultado similar encontrado tanto en el Informe Regional en Chile donde en las zonas urbanas se concentra el 83,8% de las personas con discapacidad [53]. Como en la fundación Saldarriaga Concha [5], donde manifiesta que el mayor porcentaje de esta población se encuentra ubicada en las cabeceras municipales.

Referente al estrato socioeconómico se evidencia en este estudio que las personas con discapacidad se encuentran en los estratos 2 y 3 (44,4% y 31,7%) muestran gran significancia seguido del estrato 1 (19,2%), a diferencia de los datos citados por la fundación Saldarriaga Concha [5], donde manifiesta que según la información del registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad (DANE 2005) en Colombia la población en esta situación, es de escasos recursos económicos en su mayoría pertenecen a los estratos 1 y 2. Una situación similar a lo anterior es reportada por otros estudios en los cuales las personas con discapacidad se encuentran entre las más pobres del mundo y las más excluidas de la educación, la salud, el trabajo y la participación [5].

Acerca de las barreras en la vivienda o entorno físico se encontró que las barreras arquitectónicas y urbanísticas son uno de los principales problemas que intensifican la dificultad de las personas con discapacidad para integrarse en las actividades de la vida cotidiana. De acuerdo a lo observado en el presente estudio las barreras arquitectónicas de mayor frecuencia en el Municipio de Tuluá; son las calles y vías, las escaleras y transporte

público, andenes y aceras; socialmente indica la falta de adecuaciones de los espacios públicos para la movilidad de esta población impidiéndoles poder disfrutar así una mejor integración a la vida social. Relacionado con lo anterior se puede observar según el estudio en Cali (2006) [54], para identificar las barreras arquitectónicas y de comportamiento, que obstaculizan la integración de personas con discapacidad a la vida social, evidencian como diferentes espacios públicos no presentan las condiciones para la movilidad de personas con discapacidad. Reflejando cómo las barreras arquitectónicas son un problema social para esta población. Según la fundación Saldarriaga y Concha [5], las personas con limitaciones, se ven enfrentadas a muchas dificultades para la movilidad, el trabajo, la recreación, entre muchas otras. El acceso permite que las personas participen en actividades sociales y económicas, por tanto, las dificultades de acceso pueden llevar a la marginación y exclusión de las personas con limitaciones [2]. Alrededor de este tema existe poca información sobre las barreras, sin embargo el estudio de prevalencia del Valle del Cauca, indica que las personas con discapacidad realizan adecuaciones dentro de sus hogares para tener mayor bienestar. Así mismo se presentaron los valores en estas variables en el estudio de Tuluá donde indica que las personas donde menos presentan barreras es en sus hogares; como el dormitorio, sala comedor, patios, pasillos, sala y sanitario.

Con respecto a las barreras actitudinales se encontró que el 85,2% de las personas no perciben actitudes negativas de ninguna persona, seguido del 9,4% de sus propios familiares, con respecto a este último dato se encuentran estudios que presentan resultados similares, donde se niegan esta relación; así mismo, el contacto esporádico, con estas personas hace que esta actitud se refuerce. Desafortunadamente, al parecer, aquellos que mantienen un contacto más permanente, presentan actitudes menos positivas hacia estos, lo que también puede ser indicativo del cansancio o malestar que deviene de una atención más estrecha [55]. Opuesto a lo anterior, se puede observar lo encontrado en el estudio realizado en Chiapas, México (2009), acerca de las actitudes hacia la discapacidad de jóvenes y adultos; donde concluyen que tener un familiar que presente alguna discapacidad, constituye un elemento que conlleva a una mayor sensibilidad y actitud más positiva hacia estos. Se debe resaltar que a pesar que el común denominador es que las personas con discapacidad del Municipio no perciban actitudes negativas, vale la pena revisar el porcentaje negativo encontrado en familiares y personas cercanas, que puede estar relacionado con la actividad de cuidado que desempeñan los mismos y la exigencia a nivel físico y emocional que esto conlleva.

Las barreras actitudinales y arquitectónicas como determinantes sociales intermedios se perciben como un factor de riesgo que impide un proceso óptimo de inclusión de la persona con discapacidad a diferentes espacios

sociales, teniendo además una estrecha relación con lo que se puede ver a continuación, con acceso a sistemas de rehabilitación y situación laboral.

De acuerdo a lo encontrado en la investigación, la discapacidad es originada con mayor frecuencia a causa de las enfermedades profesionales, originadas principalmente por el medio ambiente físico laboral y la carga de trabajo física o mental con un 41% y 27% respectivamente, y secundario a esto por accidentes.

En las estadísticas a nivel mundial, las enfermedades psiquiátricas y las afecciones coronarias son las principales causantes de discapacidad. Según el estudio de Vélez [57], establecen las diez principales causas de discapacidad en los países desarrollados a partir de la cantidad de años vividos con discapacidad por cada persona, las primeras tres causas establecidas en este estudio son: enfermedad arterial coronaria, depresión unipolar y derrame cerebral, los accidentes aparecen en un cuarto lugar y están referidos especialmente a accidentes de tránsito.

Se establece la importancia de conocer las enfermedades profesionales específicas, tanto a nivel físico como emocional que se registran en Tuluá para saber su relación con las dinámicas de origen de discapacidad a nivel mundial, de acuerdo a los registros del DANE (2005) del Municipio de Tuluá; las patologías más frecuentes en la población en general son de origen cardio-vascular y enfermedades crónicas no transmisibles, sin embargo no se establece una relación clara de estas patologías con las enfermedades profesionales referenciadas en el registro del presente estudio como la principal causa del origen de la discapacidad. La fundación Saldarriaga concha [5], concluye que los factores como los cambios demográficos, el aumento de las enfermedades crónicas, la accidentalidad, la violencia y el maltrato infantil intervienen en el aumento de personas con discapacidad.

Al hacer referencia en el acceso a los servicios de salud, se identifica que las personas con discapacidad mayoritariamente se encuentran afiliados al S.G.S.S.S., en el régimen subsidiado. De igual forma según el estudio realizado en Antioquia con respecto a la discapacidad en el departamento, Tabares, M, Z. y colaboradores [58], encuentran que el 85,4% de las personas con discapacidad registradas, están afiliadas al sistema de salud, como era de suponerse y en concordancia con la situación de pobreza y desempleo evidenciada en este tipo de población, más de la mitad de estas afiliaciones pertenecen al régimen subsidiado (54,1%). Información similar a lo planteado por Cruz-Velandia I, et., al., sobre la magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes, realizada en Bogotá (2006) [40], en donde un 49% pertenecen a un régimen subsidiado. De esta manera se puede pensar que el acceso al sistema de

salud presenta una constante, en el cual la mayor parte de la población con discapacidad hace parte de un régimen subsidiado, lo que además puede relacionarse con el estrato económico predominante el cual es de 2 y 3.

Los tipos de rehabilitación a los cuales recurren implican medicación permanente y atención en fisioterapia (30,5% y 28,4%). Caso contrario al estudio encontrado de Israel Cruz donde al 67,3% han recibido orden farmacológica y el 28,6% han recibido orden de fisioterapia [40].

En cuanto a las condiciones laborales en el Municipio se encontró una predominancia de las personas con discapacidad incapacitadas para trabajar y no tienen pensión y un porcentaje muy bajo de ellos 11,7% se encuentra trabajando, similar a lo anterior se puede observar en la investigación realizada por Cruz-Velandia I, Hernández-Jaramillo J., sobre la magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes, realizada en Bogotá [40], en donde se observan varias similitudes, los incapacitados permanentes con pensión abarcan el 27,8%, seguidos del 23,2% que se encargan de oficios en el hogar, un 14,9 % evidencia estar trabajando y tan solo un 7,2% reportan realizar otras actividades, como se puede observar en ambos estudios el porcentaje de la población con discapacidad trabajadora es baja con relación a la población con discapacidad total. La Fundación Saldarriaga Concha [5], hace referencia que el desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población, cerca del 70% de las personas con discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral [5], además calcula que alrededor del 50% de las personas con discapacidad están en edad de trabajar, lo cual sumado al desempleo y desocupación hacen más crítica la situación de pobreza en esta población [5]. Muchas son las posibles causas del desempleo: falta de capacitación, las barreras físicas - conductuales y la carencia de instituciones especializadas en el área. A pesar de lo anterior es importante resaltar en cuanto a este tema, que la mayoría de la población con discapacidad que trabaja no percibe que su discapacidad afecte su desempeño laboral.

Con respecto a los componentes de la discapacidad y los resultados arrojados por el estudio, se evidencian diferentes aspectos de gran interés. En primera instancia al identificar los componentes de discapacidad de la población de acuerdo a la CIF, se puede establecer que a pesar de que la totalidad de la población presenta deficiencias y limitaciones, no toda la población evidencia restricciones en la participación y de igual forma los determinantes sociales de la población varía de acuerdo a las diferencias de estos componentes.

Las alteraciones del movimiento, cuerpo, manos, brazos y piernas presentaban mayores valores, y al comparar este estudio con los resultados



preliminares del DANE en el Valle del Cauca, el 53,9% refiere mayor afectación en el movimiento del cuerpo, miembros superiores e inferiores [50]. De igual manera el estudio realizado por Israel Cruz encontró que con mayor frecuencia se encuentran afectadas las relacionadas con el movimiento del cuerpo en un 54,9% de las personas [40]. Lo que refiere que las extremidades se encuentran más susceptibles de padecer algún tipo de alteración permanente. En las dificultades se evidenció un predominio de caminar, correr, saltar, con el mayor porcentaje 54,1%. Porcentaje muy similar al encontrado en el estudio de Cruz, donde la dificultad más frecuente está relacionada con actividades como caminar, correr o saltar, que afectan al 59,6% (52.348) de las personas.

De acuerdo a lo evidenciado en el presente estudio en relación con las restricciones se pueden observar diferentes aspectos de consideración para la discusión, en primera instancia téngase en cuenta que las restricciones en la participación de acuerdo a la CIF hacen referencia a 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 esperada de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad [59].

Las restricciones en relación a los determinantes sociales arrojan resultados que varían en comparación a lo evidenciado con las deficiencias y las limitaciones; se puede decir que no todas las personas que presenten estos dos últimos componentes manifiestan restricciones en su participación. Sin embargo las personas que prefieren asistir o participar con comunidades religiosas o espirituales y en actividades familiares y/o de amigos evidencian restricciones en la participación. Contrario al estudio de Israel donde el 29,8% prefiere participar en diversas actividades con la comunidad [40].

Con respecto a la población que presenta restricciones se evidenció predominancia del género masculino. Con respecto a la edad, las restricciones son más probables que sucedan en poblaciones de vejez y adultez media. Lo anterior es similar en cierta medida con el estudio realizado en Madrid (2004) [60], donde el primer rasgo del perfil de la discapacidad es que afecta sobre todo a la vejez (un 80% del total de la población con discapacidad). Además, en el colectivo de personas maduras y de edad destaca su feminización, siendo mucho más a fin con el presente estudio.

Las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y los componentes de la discapacidad del Municipio de Tuluá, Según la CELAP [61], en la gran mayoría de los países, las tasas de los hombres superan a las de las mujeres desde su nacimiento

hasta los 40 años, situación que cambia en el siguiente ciclo de vida. Al llegar al grupo de 60 años y más, la prevalencia de las mujeres sobrepasan las de los hombres en todos los países del Caribe y en 11 de los 17 países de América Latina de los que se tiene datos.

Similitud en los resultados del Municipio de Tuluá considerando que la discapacidad se presenta en mayores de 60 años y con mayor frecuencia en hombres. Este cambio de patrón, se podría explicar por el hecho de que la mayor esperanza de vida de las mujeres aumenta la posibilidad de tener una discapacidad generada por un accidente o una enfermedad crónica [61].

Para la comparación con el estudio del Municipio de Tuluá se puede afirmar que la asociación encontrada entre la edad y la restricción en la participación, es muy acorde con las proyecciones poblacionales se prevé una tasa de crecimiento poblacional del 10% entre el año 2011 y 2015, siendo esta positiva pero decreciente [62].

Es necesario plantear como Millares [63], afirma que las mujeres viven en un contexto de mayor vulnerabilidad económica y altas expectativas de quedarse solas, lo que potencia aún más el riesgo de que cualquier deficiencia de salud se transforme en discapacidad, debido a la falta de recursos que no les permitirá costear los servicios de apoyo y las ayudas técnicas que se necesitaría para aminorar el impacto de las limitaciones adquiridas con la edad. Si a esto se le suma la diferenciación étnica, la discriminación sería más notoria vulnerándose los derechos de las Personas con discapacidad [63].

Según un informe que la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación Food and Agriculture Organization FAO presentó en 2006 por motivo del Día mundial de las Personas con Discapacidad, “la mayoría de los 650 millones de personas con discapacidad en el mundo viven en países en desarrollo, y un 80 por ciento de ellos en zonas rurales, a menudo en condiciones de extrema pobreza” con bajo acceso a servicios de salud y de cuidado, a la educación y el empleo [64]. Contrario a esto, las personas con discapacidad del Municipio de Tuluá viven en área urbana es decir un 83,3% y se asemeja al estudio mencionado que estas personas se encuentran en estrato bajos.

La información censal países de América Latina [65], muestra que los hombres y las mujeres corren más riesgo de vivir con una discapacidad cuando habitan en una zona rural que cuando lo hacen en una zona urbana, especialmente después de los 60 años. [40, 66-68], situación diferente a los resultados de este estudio en donde muestra que el área de vivienda de las personas con discapacidad es urbana, sin embargo la mayor deficiencia en

la función u órgano corporal es la del locomotor seguido del sistema nervioso.

Los resultados del Municipio de Tuluá muestra que existe asociación estadísticamente significativa entre los determinantes de la salud edad ( $p=0,000$   $X^2=144,4$ ), género ( $p=0,002$   $X^2=5,6$ ), raza ( $p=0,021$   $X^2= 9,8$ ), estrato socioeconómico ( $p=0,039$   $X^2=8365$ ), participación en alguna organización ( $p=0,00$   $X^2=405,45$ ), tipo de afiliación ( $p=0,048$   $X^2=6,06$ ), actividad que se encuentra desarrollando en los últimos seis meses ( $p=00,000$   $x^2= 378,02$ ), trabajo realizado ( $p= 0,02$   $X^2= 9,81$ ), ingreso mensual ( $p=0,000$   $X^2= 18,6$ ) tipo y condición de vivienda ( $p=0,01$   $X^2= 8,69$ ) rehabilitación y factores de recuperación ( $p=0,000$   $X^2= 19,08$ ).

Dentro de los determinantes sociales de la salud de tipo estructural; por lo tanto al compararlo con el estudio de la Universidad de Antioquia y el Ministerio de Protección Nacional de Colombia [69] se encontró que para la exploración de la asociación entre la discapacidad y la posición social se recurre a dos determinantes el estrato socioeconómico, como indicador asignable al hogar, y los años de educación de la persona.

A nivel nacional, la prevalencia de la discapacidad percibida severa o extrema y moderada es semejante entre las personas de los estratos socioeconómicos 1 y 2, con los valores más altos.

Según las regiones, los residentes en la costa Atlántica se incapacitan en menor proporción (20,9%), y los de la región Central en mayor proporción (29%). Por cada persona que se incapacita en la región Atlántica, se incapacitan 1,55 en la Central, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 10.248,  $p<0,00$ ); la subregión integrada por Atlántico sin el Área Metropolitana de Barranquilla, San Andrés y Bolívar Norte tiene la menor proporción de personas que declararon ser totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a cualquier problema de salud: 18%; la más alta proporción se encontró en la subregión de Antioquia sin el Área Metropolitana de Medellín: 32%. Por cada persona que se incapacita en la subregión Atlántico sin el Área Metropolitana de Barranquilla, San Andrés y Bolívar Norte, se incapacitan 2,11 en la subregión de Antioquia sin el Área Metropolitana de Medellín, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 2.846,  $p<0,00$ ) y según la actividad que desempeñaban la semana anterior –sin tener en cuenta al “Incapacitado permanentemente para trabajar”–, los grupos de población que en menor proporción declararon ser totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a cualquier problema de salud son los de quienes estaban trabajando y estudiando (23%), y el de mayor proporción el de quienes desempeñaban “Otra actividad (rentista, pensionado)” (27%). Por cada persona que estaba estudiando o trabajando se incapacitan 1,25 personas que realizaban otra

actividad (rentistas, pensionado), diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 53.980,  $p < 0,00$ ) [69].

Además, el grupo étnico que en mayor proporción declaró ser totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a cualquier problema de salud es el de los palenqueros (49%), la etnia con menor proporción de incapacidad es el "raizal del archipiélago" (21%). Por cada persona que se incapacita en este grupo se incapacitan 3,52 del grupo étnico palenqueros, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 347,0,  $p < 0,00$ ) [69]

En cuanto a discapacidad y condición étnica, los datos disponibles de los censos de 2010, muestran una mayor prevalencia de la discapacidad en las personas afrodescendiente en el Brasil, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Uruguay para todos los grupos de edad. Esto es particularmente notable en el tramo de edad de 0 a 18 años, con un marcada prevalencia de los hombres en todos los países con excepción del Brasil [63].

Según el estudio de Cruz se señala que con respecto al origen de la discapacidad, 69,5% declaró conocer su causa. Así, 31% de los casos ocurrieron como consecuencia de enfermedad general (34,4% de la discapacidad en mujeres y 26,68% en hombres), 11,8%, debido a alteraciones genéticas y hereditarias, 9,4% debido a accidentes, 3,9% por condiciones deficientes de la salud materna durante el embarazo, 30,5% de origen desconocido y 13,3% debido a otras causas [40]

Así mismo, el estudio de la universidad Nacional afirma que Colombia es inequitativa en sistema de salud publicado en año 2008 dicho estudio costo-equidad en salud, [70], este estudio demostró que pese a la inversión en dinero, el sistema de salud del país no es estable en términos de equidad. También evidenció que la Ley 100 no ha dado los mejores resultados "Cuando nos comparamos internamente, en apariencia hemos mejorado, pero cuando nos comparamos con el resto del mundo, las distancias que nos separan de los mejores países siguen siendo amplias".

En el 2003, Colombia ocupó la posición 56 frente a 127 países del mundo, Chile ocupó el puesto 1, es decir, Colombia se encontraba en un término medio de inequidad en salud en el mundo. "El sistema de salud colombiano necesita una reforma, porque en principio es inequitativo. Hay problemas evidentes como la existencia de un Plan Obligatorio de Salud (POS) contributivo y uno subsidiado, que brindan acceso diferencial a servicios y medicamentos [19].

Es decir, los que pueden aportar más tienen derecho a más cosas que los que no tienen esa capacidad de aporte. Eso demuestra inequidad en acceso

a los servicios y la necesidad de reformar estos puntos" [19], sostuvo. El investigador fue claro en señalar que el error ha sido enfocar la reforma a mejorar la afiliación al servicio, aunque ello no garantiza el acceso, pues éste no asegura que la calidad de atención sea buena y, a su vez, la calidad de atención no garantiza que los resultados finales sean buenos. Por tanto, a lo que se debería apuntar cuando se evalúe la equidad en salud es que ésta sea mejor para los colombianos en cuanto a los resultados [19].

La tasa de desempleo en el total de la población activa es alta, mucho más alto se presenta el desempleo en las personas con discapacidad. [71] Además de esta situación, las personas con discapacidad que trabajan lo hacen por mucho menos valor monetario y sumado a esto, tienen pocas posibilidades de capacitación y promoción profesional. De igual manera, se conoce que muchas personas con discapacidad viven en la pobreza y su contribución potencial hacia sus familias, hacia las empresas y hacia la sociedad se ha desaprovechado.

Se evidencia también los niveles bajos de formación-educación, no se garantiza la accesibilidad de transporte público, hay presencia de barreras arquitectónicas y actitudinales, una adjudicación insuficiente de recursos para los programas de discapacidad en las diferentes estancias gubernamentales, lo que hace que las políticas públicas en discapacidad no se evidencien, no se logre la transformación del cambio de actitud, la equiparación de oportunidades y vulneración de sus derechos.

Todo esto, hace que el empleo de las personas con discapacidad sea una actividad marginal, pues no se toma dicha población como personas con "capacidades diversas" y se olvida que muchas de estas personas que están dispuestas y con deseos de trabajar, tienen su capacidad intelectual intacta, incluso con más posibilidades de servicio, entrega, sentido de pertenencia y más sensibles a la vida y al entorno.

Con respecto a las restricciones y a las barreras arquitectónicas se pudo observar que independientemente de que la persona perciba o no barreras en su entorno, la restricción se manifiesta de igual manera, se debe tener en cuenta que en la revista internacional de derechos humanos (2009) Una persona con discapacidad no es simplemente un cuerpo con deficiencias, sino una persona con deficiencias viviendo en un ambiente con barreras. La segunda manera de comprender la afirmación universalista de CIF es también resultado del modelo social: el cuerpo con deficiencias no es una tragedia individual o la expresión de una alteridad distante, sino una condición de existencia para quien experimenta los beneficios del progreso biotecnológico y envejecer [56].

Por último vale la pena mencionar el estudio que encontró que en 29 de los 71 artículos que estudian los determinantes sociales, se indagaron los factores de orden cultural y de conducta: el consumo de alcohol, tabaco y drogas, las costumbres nutricionales y la práctica de actividad física; en 12, el enfoque psicosocial: violencia, depresión y estrés y solamente 1 se orienta al análisis sobre las etapas de la vida. Entre los temas que más interesan a estos investigadores mexicanos, destacan la obesidad, el consumo de tabaco, la contaminación atmosférica y las condiciones materiales de trabajo [72].

Es indudable que los enfoques dados a la investigación sobre determinantes sociales en salud debe cambiar, se necesita investigar más, con procesos de investigación más abarcadores y sustentados en información mucho más fiable, pero también, se necesita rescatar la utilidad de estas investigaciones para la toma de decisiones, para realizar acciones más allá de los consultorios y hospitales; se necesita, en suma, rescatar plenamente el espíritu que nos legaron los precursores sociales, hace casi tres siglos. Para finalizar, se realiza una reflexión acerca de la vulnerabilidad de la mujer con discapacidad en aspectos económicos, personales, acceso a servicios, condición de fragilidad en sus actividades, limitaciones adquiridas, raza y educación. [73].

El estudio actual de determinantes sociales y estructurales de la salud y la discapacidad se asemeja a las reflexiones desde la universidad Nacional de Colombia [74] al reconocer que la discapacidad es una condición derivada de determinantes personales y sociales priorizando el nivel socioeconómico y el nivel educativo, relación directa con la pobreza y la discapacidad [9], se presenta en población joven [19], en personas mayores [40] y de mayor proporción en mujeres [75].

Se evidencia en el estudio una gran relación entre los determinantes sociales y la recuperación de la discapacidad, una persona que presente restricciones en la participación, puede tener más riesgo de no lograr una recuperación de su discapacidad, en cuanto a la facilidad que presenta para acceder tanto a servicios de salud que faciliten su recuperación, como el acceso que tenga a ellos en cuanto a movilidad y/o desplazamiento, ya sea por barreras arquitectónicas, actitudinales, así como por la viabilidad económica de la persona o su familia. Se puede decir que en las variables anteriormente mencionadas hay una relación negativa con el medio, ya que se evidencian dificultades en el acceso a diferentes espacios arquitectónicos públicos y hay una prevalencia de estratos socioeconómicos bajos, situación similar a lo encontrado en los diferentes estudios abordados a lo largo del texto. En cuanto a los aspectos socioeconómicos el presente estudio evidenció que aunque el porcentaje de personas con restricciones está presente desde personas sin salario hasta aquellos que tienen más de 3 salarios mínimos, dicha proporción iba disminuyendo a medida que aumenta el salario.

## 8. CONCLUSIONES

Al identificar los determinantes sociales de la salud estructurales según el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad del Departamento Nacional de Planeación DANE, para el presente estudio fueron identificados los siguientes: la edad, la raza, el género, los cuales no son susceptibles de modificaciones porque están directamente relacionados con la biología humana, pero afectan la salud y por tal motivo deben ser tenidos en cuenta para implementar estrategias de prevención.

Al identificar los Determinantes Sociales de la Salud intermedios se puede concluir que existen desigualdades en las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan; dichos determinantes están directamente relacionados con el medio ambiente, los estilos de vida y los servicios de salud, además son susceptibles a modificaciones mediante intervenciones efectivas, realizando actividades encaminadas a la promoción de la salud, con el fin de reducir la exposición a los factores que afectan directamente a la salud o las intervenciones.

Al caracterizar los componentes de la discapacidad se puede concluir según el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad del Departamento Nacional de Planeación DANE, toda la población presento deficiencias y a su vez una o más limitaciones, pero donde hay diferencia y relevancia es en la restricción de la participación; donde se observa la magnitud de las barreras arquitectónicas, las cuales no son representativas en el hogar de acuerdo a lo evidenciado en el estudio, ya que la población tiene la posibilidad de realizar las adecuaciones necesarias en sus hogares, lo que no se evidencia en el momento que acceden al mundo externo ya que se ven afrontados a múltiples barreras arquitectónicas, siendo las calles y las vías poco aptas para poder deambular, seguido de las escaleras, los andenes y las aceras, y el transporte público que no cuentan con una adecuación. Teniendo en cuenta esto se puede concluir que las restricciones en la participación que presenten las personas con discapacidad del Municipio de Tuluá se presentan mayormente debido a dichas barreras arquitectónicas. Por lo anterior es necesario implementar políticas que vayan encaminadas a resolver las barreras arquitectónicas y de transporte, calles y andenes adecuados para las diferentes discapacidades.

En el análisis bivariado del estudio permitió evidenciar la relación existente entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y los componentes de la discapacidad, específicamente lo encontrado en la restricción de la participación de la población con discapacidad del Municipio de Tuluá, dicha asociación estadísticamente significativa entre los determinantes de la salud edad, género, raza, estrato socioeconómico, participación en alguna organización, tipo de afiliación, actividad que se encuentra desarrollando en los últimos seis meses, trabajo realizado, ingreso mensual, tipo y condición de vivienda, rehabilitación y factores de recuperación.



## 9. RECOMENDACIONES

- A la comunidad académica de la Universidad Autónoma de Manizales, que tomen los resultados de este estudio descriptivo correlacional para realizar un estudio multicentrico, donde los resultados de esta investigación permiten tener un diagnóstico, sobre la relación que tienen los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en el Municipio de Tuluá, además los resultados de Cali, y de las diferentes regiones del país; lo que permitirá hacer un análisis desde un enfoque biopsicosocial donde los estilos de vida, el medio ambiente, los factores de tipo biológico y los servicios de salud, se planteen en un enfoque explícitamente donde la salud es más que un sistema de atención [21]. Esto permitirá hacer un aporte a la reforma de la salud en Colombia. Fortalece el estado del arte; y abre brechas de investigaciones para abordar la discapacidad.
- Las personas con discapacidad que se integren a los diferentes espacios de participación social que brinde el ente territorial, para que manifiesten las necesidades de los colectivos a los que pertenecen, en todos los sectores de la administración Municipal, y puedan ser parte del comité Municipal de discapacidad y generen una política pública entre todos.
- Al ente territorial:
  - Que en sus competencias de Inspección, Vigilancia y Control, debe garantizar la universalidad en el aseguramiento: donde se promueva la afiliación al S.G.S.S.S de toda la población caracterizada en los niveles I y II del sisbén en especial para la población con discapacidad que se encuentra caracterizada como vulnerable; en la prestación y desarrollo de servicios en salud: donde se evidencie los derechos y deberes de los ciudadanos en el momento de requerir un servicio de I, II; III o IV nivel de atención, este sea prestado con calidad y oportunidad; en la salud pública: se debe garantizar las diferentes prioridades dependiendo del ciclo vital donde se encuentren estas personas para tener acceso a los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; con respecto a la promoción social: se deben crear los mecanismos necesarios para garantizar proyectos de transversalidad, donde se pueda evidenciar el aporte de los diferentes sectores (social, económico, seguridad, medio ambiente, etc.) donde se tenga una visión más amplia de que la discapacidad no es un problema del individuo, y debe ser visto desde el enfoque biopsicosocial. Lo anterior solo es posible si se cuenta con voluntad política.

- La formación a actores relacionados con la toma de decisiones en temas afines con la planificación, diseño e implementación de programas y estrategias que aborden la discapacidad desde la perspectiva de los determinantes sociales, mediante una asistencia técnica que impulse y promueve las mejores condiciones de las personas con discapacidad para que no se vea a un individuo con una enfermedad sino que se tenga una mirada más inclusiva, social que afectan de una u otra forma especialmente los grupos más desfavorecidos.
- Seguir diligenciando el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, donde puedan tener una información más real de la situación actual del Municipio con respecto a la discapacidad.
- Que en el momento de diligenciar el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, se diligencien todos los espacios porque hay espacios sin datos en la base de datos actual.

El posicionamiento del tema de discapacidad en la agenda pública del plan de desarrollo intersectorial y Municipal, con el propósito de que haya la existencia de recursos económicos, humanos y logísticos, que garanticen la viabilidad y sostenibilidad de los programas y estrategias enfocadas a los determinantes sociales estructurales e intermedios, teniendo en cuenta los componentes de la discapacidad.

La adecuada inclusión laboral de las personas con discapacidad es una fortaleza empresarial debido a que las políticas del gobierno actuales quedan incentivos en impuestos, el propiciar espacios de inclusión laboral es un factor positivo, no solo en el contexto empresarial, si no para las personas con discapacidad en cuanto a la disminución de sus barreras, tanto arquitectónicas como actitudinales. Y favoreciendo de forma general la economía de determinado sector poblacional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Editorial de la ministra de salud, hacia una nueva salud pública: 2009, febrero 13 de 2013, disponible en: [www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf](http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf).
2. Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional. In: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Washington D.C; 2007. [acceso 08/15/2012].
3. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial Disponible en [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_5.pdf).
4. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud y la Discapacidad [CIF]. Madrid, España: IMSERSO, 2001, p 231.
5. Gómez J. C. Discapacidad en Colombia. Reto para la inclusión en capital humano. Colombia líder. Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, 2010. [acceso 28/09/ 2012]. Disponible en: [www.colombialider.org/...discapacidad](http://www.colombialider.org/...discapacidad) en Colombia-retos para la inclusión social.
6. Álvarez, L.S. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá (Colombia); 2009 8(17) 69-79.
7. Charton J. Nothing about us without us. Los Angeles: University of California; 2000.117-123
8. Brigeiro M. Cuerpo, cultura y discapacidad: Aproximaciones analíticas desde la teoría social. En: Cuervo, C., Trujillo, A., Vargas, D.R., Mena, B. & Pérez, L. Discapacidad inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Banco de Ideas Publicitarias Ltda.; 2004.cap IV:4.1
9. Bruner J. Acción, pensamiento y lenguaje. Globalización y el futuro de la educación. Seminario sobre prospectiva de la educación región América latina y el Caribe. Unesco. Santiago de Chile, 23-25 Agosto del 2000. Madrid. Alianza editorial;1989.p.3

10. Ministerio de Salud, República de Colombia. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad. 2002. Plan nacional de atención a las personas con discapacidad. 1999-2002. Decretos 2226 de 1996 y 1552 de 1999 [acceso 10/08/2012]. Disponible en : [cppe.presidencia.gov.co](http://cppe.presidencia.gov.co)
11. Solar, O. e Irwin, A. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Ginebra; 2007: World Health Organization. WHO.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). boletín censo general 2005, discapacidad Colombia disponible en: <http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf>.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). informe estadística de discapacidad 2004, discapacidad Colombia disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform\\_estad.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf).
14. Secretariat Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra; 2005. [acceso 08/27/2012]. Disponible en: [www.jointcenter.org/.../01-](http://www.jointcenter.org/.../01-)
15. Tovar L, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia. Lecturas de Economía Bogotá; 2003:177-208.
16. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. Health and Social Organization. London: Blane D, Brunner E, Wilkinson D; 2000, p. 71-93
17. Dahlgren G. Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Stockholm. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991. [Acceso 03/22/2012]. Disponible en [www.who.int/bulletin/volumes/84/.../index.html](http://www.who.int/bulletin/volumes/84/.../index.html)-
18. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health. Washington, 11(5/6), 2002 p. 302.
19. World Health Organization. WHO. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, 2006. Discussion paper by Alec

Irwin and Orielle Solar [acceso 15/08/2012] Disponible en [www.who.int/.../conceptual frame work for action](http://www.who.int/.../conceptual frame work for action).

20. Health Canada. The Social Determinants of Health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector, Ottawa: York University; 2002. [acceso 07/18/2012]. Disponible en [www.thecanadianfacts.org/the\\_c^anadian\\_fact...](http://www.thecanadianfacts.org/the_c^anadian_fact...)
21. Wilkinson R. Marmot, M. Social Determinants of Health: The Solid facts. Copenhagen: world health organization. Second edition, 2003, ISBN 9289013710. [acceso 26/10/2012]. Disponible en <http://www.euro.who.int/Document/E81384.pdf>
22. 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. Barcelona: Gac Sanit, 2010; [consultado Octubre 2012]; 26 (2) Disponible en <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/la-investigacion-los-determinantes-sociales-las-desigualdades-13188272-elementos-estrategicos-2010>.
23. Kelly MP. Morgan A. Bonnefoy J. Bergman V. Mackenbach J. Final report to World Health Organization Commission on the social determinants of health from measurement and evidence knowledge network. Japón, 2007 [acceso 10/ 07/2011]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_final\\_report\\_102007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf)
24. Navarro V. The political and social contexts of health. Amityville, New York: Baywood Publishing; 2004-
25. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. Copenhagen, 1992; 22: 429–45.
26. Dixon-Woods M. Agarwal S. Jones D. Young B. Sutton A. Synthetising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. J Health Serve Res Policy; 2005;10: 45–53.
27. Clarke A. McCarthy M. Álvarez-Dardet C. Sogoric S. New directions in European public health research: report of a workshop. J. Epidemiol Community Health. 2007; 61:194–7.
28. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? J Soc Policy. England, 2004; 33: 115–51.

29. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling T.A, Taylor S. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. London: 2008; 372: 1661– 9. [acceso 07/08/2011] Disponible en: <http://students.med.mcgill.ca/sites/default/files/contents/clubs/mighc/2009/files/lecture04/marmot/%20lancet%20CSDH%20suamry%20Nov%202008.pdf>.
30. Weber L. A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality. *Psychology of Women Quarterly*. San Francisco, 1998; 22: 13–32. [acceso 03/23/2012]. Disponible en: <http://Elsevier.es/es/revistas/gaceta/sanitaria-138/la-investigación-los-determinantes-sociales-las-desigualdades-13188272/-elementos-estrategicos-2010?bd=1>
31. Weber L. Reconstructing the landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. En: Schulz AJ, Mullings L, editores. *Gender, race, class, and health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 21–59.
32. Burke MA, Eichler M. Global Forum for Health Research. The BIAS FREE Framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva: Global Forum for Health Research. 2006. [acceso 08/14/2012]. Disponible en: [biasfree.org/spanisch\\_final.pdf](http://biasfree.org/spanisch_final.pdf)
33. Sihto M. Reducing socioeconomic inequalities in health. *Health Policy Monitor*. Barcelona, España, 2007. [acceso 01/16/ 2012]. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/fi/a9/2>.
34. National Institute for Health Research (UK). *Delivering health research: progress report 2008/09*. London: Department of Health. 2009.
35. Dunn J. Determinantes sociales de la salud de la población inmigrante Canadá de: resultados de la Encuesta de Población Nacional de Salud Ciencias Sociales y Medicina. Canadá, 51 (11) p. 1573-1593.
36. 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. Venezuela, 2004, 48 (9) p. 1221-1235.

37. Denton M. Prus S. Walters V. Las diferencias de género en salud: un estudio canadiense sobre los determinantes psicosociales, estructurales y de comportamiento de la salud. *Ciencias Sociales y Medicina*. Canadá, 2004, 58 (12) p. 2585-2600.
38. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2007. Cap I, P-1-13; Cap II p.17-30.
39. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud y la Discapacidad [CIF]. Madrid, España: IMSERSO, 2001, p 231.
40. Cruz I. Hernández J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. *Rev. Cien. Salud*. Bogotá (Colombia) 6 (3): 23-35, [acceso 09-12 de 2011]. Disponible en [www.scielo.org.co](http://www.scielo.org.co)
41. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 80. Política Pública Nacional de Discapacidad. Bogotá, 2004. [acceso 7/ 12/ 2012]. Disponible en: [www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/080.pdf](http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/080.pdf)
42. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima en el 12% (OPS/OMS. "Resumen de discapacidad en las Américas". [www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/rehabilita/resumen\\_americas.htm#cifras\\_discapacidad](http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/rehabilita/resumen_americas.htm#cifras_discapacidad), Oct. 27 de 2003).
43. 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. [acceso 02/08/2012.] Disponible en: <http://sindney.edu.au/health/sciencies/cdrp/publications/disability-disadvantage/impact-disability.shtml>
44. Diderichsen F. Evans T. Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.13-23
45. Cott CA. Gignac MA. Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health*. Canada, 1999; 53:731-736 doi:10.1136/jech.53.11.73.[PMC

free article] [pub Med] [cross ref] Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305534/i>

46. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. In. Ginebra; 1993. p. 53-56.}
47. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución. In: 008430. Santafé de Bogotá; 1993. [sitio en Internet] Disponible en: [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)  
Consultado: Junio 2012
48. Papalia D. Psicología del desarrollo, capítulo 1; El estudio del desarrollo humano. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/58264946/Resumen-Papalia-Cap1-Cap5>.
49. Anuario, Municipio de Tuluá valle del cauca, 2010, disponible en: [https://www.google.com.co/webhp?source=search\\_app#output=search&client=psy-ab&q=anuario+estadistico+tulu+2010&oq=anuario&gs\\_l=hp.1.0.35i39j0l3.1603.3375.0.6556.7.7.0.0.0.159.1024.0j7.7.0...0.0.0..1c.1.12.psy](https://www.google.com.co/webhp?source=search_app#output=search&client=psy-ab&q=anuario+estadistico+tulu+2010&oq=anuario&gs_l=hp.1.0.35i39j0l3.1603.3375.0.6556.7.7.0.0.0.159.1024.0j7.7.0...0.0.0..1c.1.12.psy)
50. Plan Municipal de Atención a la Discapacidad. Santiago de Cali (Valle del Cauca). 2011: disponible en: [http://calisaludable.cali.gov.co/proyectos/Informes\\_Plan\\_Territorial\\_de\\_Salud\\_2012/asis\\_2011\\_final.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/proyectos/Informes_Plan_Territorial_de_Salud_2012/asis_2011_final.pdf).
51. Zitko P. Araya R. Cabieses B. Determinantes Socioeconómicos de Discapacidad. Revista Chilena de Salud Pública. 2010. [acceso 12/11/2012]. Disponible en: [www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/.../16634](http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/.../16634)
52. Caracterización General de la Prevalencia Nacional de Discapacidad en Chile. 2005. [sitio en internet] disponible en: [http://www.bcn.cl/carpeta\\_temas/temas\\_portada.2005-10-24.2908836766/pdf/resumen%20estudio%20nacional%20de%20discapacidad.pdf](http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2005-10-24.2908836766/pdf/resumen%20estudio%20nacional%20de%20discapacidad.pdf) consultado: agosto 2012.
53. Estudio Nacional en la Discapacidad e Informe Regional en Chile (2004). Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/encuestas\\_discapacidad/discapacidad.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacidad.php).



54. Otoyá, Tenorio, Quintana. La ciudad, cárcel para personas con discapacidad. Universidad del Valle. 2006. [sitio en internet] disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/informes/noviembre97/boletin53/laciudad.html> Consultado Junio 2012.
55. García L, Hernández, O, S. Actitudes hacia la discapacidad de jóvenes y adultos de Chiapas, México. Universidad Pshyco Bogotá Colombia, 2009. V10, No. 3
56. Revista Internacional de Derechos Humanos. V.6, No.11, Diciembre 2009-semestral, Edición en español. Disponible en: [www.revistasur.org](http://www.revistasur.org).
57. Vélez, R, P. Las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo y su relación con el mundo del trabajo 2005. Universidad CES. Bogotá, Colombia
58. Tabares, M, Z. y colaboradores. Situación de la discapacidad en el Departamento de Antioquia. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://dssa.media.vcb.com.co/dssa.gov.co/documentos/situacion-de-la-discapacidad-en-el-departamento-de-antioquia.pdf> Consultado: Junio 2012.
59. Confederación de personas con discapacidad física y orgánica de Castilla y León, [sitio en internet] disponible en: [www.cocemfecyl.es/blok/discapacidad/cip.html](http://www.cocemfecyl.es/blok/discapacidad/cip.html).
60. Puga González, M<sup>a</sup>.D., Abellán García, A. (2004): El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Alcobendas (Madrid), Fundación Pfizer; 2004, 210 p.
61. CELAP. United Nations La aprobación de los Objetivos del Milenio 2011
62. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, demografía Informe sobre discapacidad. Bogotá 2005. [acceso 02/18/2011]. Disponible en [www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=807&Itemid%3D120&Itemid=120.xls](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=807&Itemid%3D120&Itemid=120.xls)

63. Miralles R. Discapacidad e integración social Conferencia de la OMS sobre salud y discapacidad (Centre de Cooperación al Desenvolupament, URV Solidaria Universitat Rovira i Virgili Tarragona) 2007; p. 1- 5.
64. Tovar L. Determinantes del estado de salud de la población colombiana. Cali Colombia. 2005 octubre; (3): 125-151
65. Holzman R. Contexto departamental Agenda Política. Manejo Social del riesgo. Un nuevo marco conceptual para la protección social y mas allá. Rev. Facultad Salud Publica 2003, 21: 73-106.
66. Neira, T N, Determinantes sociales que promueven la inclusión / exclusión al deporte adaptado en el ámbito competitivo. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2011.
67. Tovar L. Arriillaga M. VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en Municipios del Valle del Cauca-Colombia HIV / AIDS and structural determinants in the municipalities of Valle del Cauca Colombia. VIH/SIDA e determinantes sociais estruturais em municípios do Vale do Cauca-Colombia 2011; p. 121
68. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. In. Ginebra; 1993. p. 53-56
69. Fresnedo, B O. Análisis de desigualdades en Discapacidad percibida Ministerio de Protección Social, universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud pública Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007 publicado en Bogotá Diciembre 2010. CAP III 73-85
70. Eslava J. et al. Sistema de salud Colombiano, inequitativo. Universidad Nacional de Colombia. Rev. Salud pública. 2008; 3-17
71. De Lorenzo R. Secretario general de la Fundación ONCE. Revista del Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. El futuro de los discapacitados en el mundo: el empleo como factor determinante para la inclusión 2004;p. 73
72. Santos Padrón H. Los Determinantes Sociales, Las Desigualdades En Salud Y Las Políticas, Como Temas De Investigación Social Determinants, Health Inequalities, And Policies As Subjects Of

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

73. Grecia M. Marrufo, et al. Desigualdad en Salud en México: un Análisis de sus Determinantes. México, D.F. 2005; 7-16
74. Universidad Nacional de Colombia. Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia; 2004. Bogotá (Colombia).

# ANEXOS

## ANEXO 1. FORMATO DANE- REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

7897019764

República de Colombia

PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional

DANE  
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

1

A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z    1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

- Utilice este tipo de letra y número  
- Utilice únicamente el lápiz y el borrador que le entregaron  
- NO tache, borre completamente

- NO marque las tildes  
- NO abrevie  
- NO desprenda ninguna hoja

Marque así: 1  2  3

ENCUESTA EN ESTE HOGAR No.:

### I. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

1. Fecha de registro:  
dd   mm   aaaa

2. Departamento

3. Municipio

4. Área  
1  Cabecera  
2  Centro poblado  
3  Rural disperso

5. Dirección

6. Nombre del centro poblado, barrio o vereda:

7. ¿Cuál es el estrato de la vivienda?  
1  Estrato 1    4  Estrato 4    7  Sin estrato  
2  Estrato 2    5  Estrato 5  
3  Estrato 3    6  Estrato 6

8. La vivienda cuenta con servicios de:  
1  1. Energía eléctrica  
1  2. Alcantarillado  
1  3. Gas natural  
1  4. Teléfono  
1  5. Recolección de basuras  
1  6. Acueducto  
2  7. Ninguno

9. Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?  
1  Sí  
2  No

10. Actualmente vive en:  
1  Casa  
2  Apartamento  
3  Cuarto  
4  Institución pública  
5  Institución privada (pase a T2)  
6  Calle  
7  Otro tipo de vivienda

11. ¿En qué condición posee la vivienda?  
1  Arriendo o subarriendo  
2  Vivienda propia y la está pagando  
3  Vivienda propia totalmente pagada  
4  Vivienda de un familiar sin pagar arriendo  
5  Vivienda de un tercero sin pagar arriendo  
6  Otra

### II. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

12. Nombres y apellidos

13. Documento de identidad  
1  C.C.    2  T.I.    3  Otro    4  S.D. (pase a T5)

14. Número del documento de identidad

15. Sexo  
1  Hombre  
2  Mujer

16. Fecha de nacimiento  
dd   mm   aaaa

17. ¿Cuántos años cumplidos tiene?  
 Años

18. Actualmente vive:  
1  Solo  
2  Acompañado

19. ¿Cuántas personas conforman este hogar?

20. ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad?

21. ¿Actualmente tiene personas a cargo? (sólo para personas de 10 años y más)  
1  Sí  
2  No (pase a 24)

22. Número de personas a cargo menores de 12 años:

23. Número de personas a cargo mayores de 60 años:

24. ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?  
1  Sí  
2  No

25. Es beneficiario de programas de:  
1  Protección  
2  Hogar sustituto  
3  Hogar comunitario  
4  Hogar infantil  
5  Club juvenil  
6  Otro programa de bienestar  
7  Ninguno

26. De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ... se considera:  
1  Negro(a), afrodescendiente  
2  Raízal del archipiélago  
3  Palenquero  
4  Gitano(a), Rom (Li)  
5  Indígena  
6  Mestizo u otro diferente

Abril 08/03

Forma DANE / MET 041 / 05-06-02

III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD	
<p><b>27. Por su condición de salud, presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> 1. El sistema nervioso</p> <p>1 <input type="radio"/> 2. Los ojos</p> <p>1 <input type="radio"/> 3. Los oídos</p> <p>1 <input type="radio"/> 4. Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)</p> <p>1 <input type="radio"/> 5. La voz y el habla</p> <p>1 <input type="radio"/> 6. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas</p> <p>1 <input type="radio"/> 7. La digestión, el metabolismo, las hormonas</p> <p>1 <input type="radio"/> 8. El sistema genital y reproductivo</p> <p>1 <input type="radio"/> 9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas</p> <p>1 <input type="radio"/> 10. La piel</p> <p>1 <input type="radio"/> 11. Otra</p> <p>2 <input type="radio"/> 12. Ninguna (pase a 30)</p>	<p><b>34. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?</b></p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pase a 43)</p>
<p><b>28. De las anteriores condiciones de salud, ¿cuál es la que más le afecta?</b></p> <p><input type="text"/></p>	<p><b>35. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> Condiciones de salud de la madre durante el embarazo</p> <p>2 <input type="radio"/> Complicaciones en el parto</p> <p>3 <input type="radio"/> Enfermedad general</p> <p>4 <input type="radio"/> Alteración genética, hereditaria</p> <p>5 <input type="radio"/> Lesión autoinfligida</p> <p>6 <input type="radio"/> Enfermedad profesional (pase a 36)</p> <p>7 <input type="radio"/> Consumo de psicoactivos (pase a 37)</p> <p>8 <input type="radio"/> Desastre natural (pase a 38)</p> <p>9 <input type="radio"/> Accidente (pase a 39)</p> <p>10 <input type="radio"/> Víctima de violencia (pase a 40)</p> <p>11 <input type="radio"/> Conflicto armado (pase a 41)</p> <p>12 <input type="radio"/> Dificultades en la prestación de servicios de salud (pase a 42)</p> <p>13 <input type="radio"/> Otra causa (pase a 43)</p>
<p><b>29. ¿Hace cuántos años presenta esta condición de salud?</b></p> <p><input type="text"/> Años</p>	<p><b>36. Enfermedad profesional por:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> Medio ambiente físico del lugar de trabajo</p> <p>2 <input type="radio"/> Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)</p> <p>3 <input type="radio"/> Contaminantes (químicos, biológicos)</p> <p>4 <input type="radio"/> Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)</p> <p>5 <input type="radio"/> Organización del trabajo (psicolaborales)</p> <p>6 <input type="radio"/> Otra causa</p>
<p><b>30. En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> 1. Pensar, memorizar</p> <p>1 <input type="radio"/> 2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas</p> <p>1 <input type="radio"/> 3. Oír, aun con aparatos especiales</p> <p>1 <input type="radio"/> 4. Distinguir sabores u olores</p> <p>1 <input type="radio"/> 5. Hablar y comunicarse</p> <p>1 <input type="radio"/> 6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorio o del corazón</p> <p>1 <input type="radio"/> 7. Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos</p> <p>1 <input type="radio"/> 8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos</p> <p>1 <input type="radio"/> 9. Caminar, correr, saltar</p> <p>1 <input type="radio"/> 10. Mantener piel, uñas y cabellos sanos</p> <p>1 <input type="radio"/> 11. Relacionarse con las demás personas y el entorno</p> <p>1 <input type="radio"/> 12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos</p> <p>1 <input type="radio"/> 13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo</p> <p>1 <input type="radio"/> 14. Alimentarse, afeitarse y vestirse por sí mismo</p> <p>1 <input type="radio"/> 15. Otra</p> <p>2 <input type="radio"/> 16. Ninguna</p>	<p><b>37. Por consumo de psicoactivos:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> Psicoactivos aceptados socialmente</p> <p>2 <input type="radio"/> Psicoactivos socialmente no aceptados (pase a 43)</p>
<p><b>31. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?</b></p> <p>1 <input type="radio"/> 1. Familiares</p> <p>1 <input type="radio"/> 2. Amigos, compañeros</p> <p>1 <input type="radio"/> 3. Vecinos</p> <p>1 <input type="radio"/> 4. Funcionarios, empleados</p> <p>1 <input type="radio"/> 5. Otras personas</p> <p>2 <input type="radio"/> 6. Nadie</p>	<p><b>38. Desastres naturales:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> Terremoto</p> <p>2 <input type="radio"/> Inundación</p> <p>3 <input type="radio"/> Deslizamiento</p> <p>4 <input type="radio"/> Otro desastre natural</p>
<p><b>32. ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?</b></p> <p>1 <input type="radio"/> 1. Dormitorio</p> <p>1 <input type="radio"/> 2. Sala - comedor</p> <p>1 <input type="radio"/> 3. Baño - sanitario</p> <p>1 <input type="radio"/> 4. Escaleras</p> <p>1 <input type="radio"/> 5. Pasillos - patios</p> <p>1 <input type="radio"/> 6. Andenes, aceras</p> <p>1 <input type="radio"/> 7. Calles, vías</p> <p>1 <input type="radio"/> 8. Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias</p> <p>1 <input type="radio"/> 9. Paraderos, terminales de transporte</p> <p>1 <input type="radio"/> 10. Vehículos de transporte público</p> <p>1 <input type="radio"/> 11. Centros educativos</p> <p>1 <input type="radio"/> 12. Lugares de trabajo</p> <p>1 <input type="radio"/> 13. Centros de salud, hospitales</p> <p>1 <input type="radio"/> 14. Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado</p> <p>1 <input type="radio"/> 15. Otros lugares</p> <p>2 <input type="radio"/> 16. Ninguno</p>	<p><b>39. Por accidente:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> De tránsito</p> <p>2 <input type="radio"/> En el hogar</p> <p>3 <input type="radio"/> En el centro educativo</p> <p>4 <input type="radio"/> De trabajo</p> <p>5 <input type="radio"/> Deportivo</p> <p>6 <input type="radio"/> Otro tipo de accidente</p>
<p><b>33. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente?</b></p> <p>1 <input type="radio"/> 1. Medios escritos</p> <p>1 <input type="radio"/> 2. Radio</p> <p>1 <input type="radio"/> 3. Televisión</p> <p>1 <input type="radio"/> 4. Teléfono</p> <p>1 <input type="radio"/> 5. Internet</p> <p>2 <input type="radio"/> 6. Ninguno</p>	<p><b>40. Como víctima de violencia:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> Al interior del hogar</p> <p>2 <input type="radio"/> Delincuencia común</p> <p>3 <input type="radio"/> Social</p> <p>4 <input type="radio"/> Otra</p>
	<p><b>41. Del conflicto armado por:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> Arma de fuego</p> <p>2 <input type="radio"/> Bomba</p> <p>3 <input type="radio"/> Minas antipersonales</p> <p>4 <input type="radio"/> Otro tipo de arma</p>
	<p><b>42. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:</b></p> <p>1 <input type="radio"/> Atención médica inoportuna</p> <p>2 <input type="radio"/> Equivocaciones en el diagnóstico</p> <p>3 <input type="radio"/> Formulación o aplicación equivocada de medicamentos</p> <p>4 <input type="radio"/> Deficiencias en la calidad de la atención</p> <p>5 <input type="radio"/> Otra</p>
	<p><b>43. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?</b></p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p> <p>3 <input type="radio"/> No sabe</p>
	<p><b>44. ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad?</b></p> <p><input type="text"/></p>
	<p><b>45. ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad?</b></p> <p><input type="text"/></p>

IV. SALUD	
<p>46. ¿Está afiliado a salud?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pase a 49)</p>	<p>58. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?</p> <p>1 <input type="radio"/> A los servicios de salud y rehabilitación recibidos</p> <p>2 <input type="radio"/> Al apoyo de la familia</p> <p>3 <input type="radio"/> A su empeño por salir adelante</p> <p>4 <input type="radio"/> A la ayuda de Dios</p> <p>5 <input type="radio"/> A la acción de la medicina alternativa</p> <p>6 <input type="radio"/> Otro</p>
<p>47. ¿Cuál es el tipo de afiliación?</p> <p>1 <input type="radio"/> Contributivo</p> <p>2 <input type="radio"/> Subsidiado</p> <p>3 <input type="radio"/> Régimen especial</p> <p>4 <input type="radio"/> Vinculado</p> <p>5 <input type="radio"/> Ninguno</p> <p>6 <input type="radio"/> No sabe (pase a 49)</p>	<p>59. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?</p> <p>1 <input type="radio"/> 1. Medicina física y de rehabilitación</p> <p>1 <input type="radio"/> 2. Psiquiatría</p> <p>1 <input type="radio"/> 3. Fisioterapia</p> <p>1 <input type="radio"/> 4. Fonoaudiología</p> <p>1 <input type="radio"/> 5. Terapia ocupacional</p> <p>1 <input type="radio"/> 6. Optometría</p> <p>1 <input type="radio"/> 7. Psicología</p> <p>1 <input type="radio"/> 8. Trabajo social</p> <p>1 <input type="radio"/> 9. Medicamentos permanentes</p> <p>2 <input type="radio"/> 10. Otro tipo de rehabilitación</p> <p>2 <input type="radio"/> 11. Ninguno (pase a 63)</p>
<p>48. ¿A cuál entidad está afiliado?</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>3 <input type="text"/></p> <p>4 <input type="text"/></p> <p>5 <input type="text"/></p> <p>6 <input type="text"/></p> <p>7 <input type="text"/></p> <p>8 <input type="text"/></p> <p>9 <input type="text"/></p> <p>10 <input type="text"/></p> <p>11 <input type="text"/></p> <p>12 <input type="text"/></p>	<p>60. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pase a 63)</p>
<p>49. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>61. ¿Quién paga la rehabilitación?</p> <p>1 <input type="radio"/> El sistema general de salud</p> <p>2 <input type="radio"/> La familia</p> <p>3 <input type="radio"/> Personalmente</p> <p>4 <input type="radio"/> Una ONG</p> <p>5 <input type="radio"/> El empleador</p> <p>6 <input type="radio"/> Otro</p>
<p>50. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>62. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:</p> <p>1 <input type="radio"/> Público</p> <p>2 <input type="radio"/> Privado</p> <p>3 <input type="radio"/> No sabe (pase a 66)</p>
<p>51. ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>63. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?</p> <p>1 <input type="radio"/> Ya terminó la rehabilitación</p> <p>2 <input type="radio"/> Cree que ya no lo necesita</p> <p>3 <input type="radio"/> No le gusta</p> <p>4 <input type="radio"/> Falta de dinero</p> <p>5 <input type="radio"/> El centro de atención queda muy lejos</p> <p>6 <input type="radio"/> No hay quien lo lleve</p> <p>7 <input type="radio"/> No sabe</p>
<p>52. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>64. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Años</p>
<p>53. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>65. ¿Sabe si el municipio cuenta con servicios de rehabilitación?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>
<p>54. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	
<p>55. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pase a 57)</p>	
<p>56. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades?</p> <p>1 <input type="radio"/> Algún miembro del hogar</p> <p>2 <input type="radio"/> Persona externa no empleada</p> <p>3 <input type="radio"/> Persona externa empleada para ayudarlo</p> <p>4 <input type="radio"/> Otra</p> <p>Hombre 1 <input type="radio"/> Mujer 2 <input type="radio"/></p>	
<p>57. ¿Se está recuperando de su discapacidad?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pase a 59)</p>	

V. EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más	
<p>66. ¿Sabe leer y escribir?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>70. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pase a 72)</p>
<p>67. ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pase a 71)</p>	<p>71. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?</p> <p>1 <input type="radio"/> Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar</p> <p>2 <input type="radio"/> Costos educativos elevados o falta de dinero</p> <p>3 <input type="radio"/> Por falta de tiempo</p> <p>4 <input type="radio"/> No aprobó el examen de ingreso</p> <p>5 <input type="radio"/> Falta de cupos</p> <p>6 <input type="radio"/> No existe centro educativo cercano</p> <p>7 <input type="radio"/> Necesita trabajar</p> <p>8 <input type="radio"/> No le gusta o no le interesa el estudio</p> <p>9 <input type="radio"/> Perdió el año o fue expulsado</p> <p>10 <input type="radio"/> Su familia no quiere que estudie</p> <p>11 <input type="radio"/> Por su discapacidad</p> <p>12 <input type="radio"/> Otra razón</p>
<p>68. El establecimiento en donde estudia, es:</p> <p>1 <input type="radio"/> Público</p> <p>2 <input type="radio"/> Privado</p>	
<p>69. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:</p> <p>1 <input type="radio"/> 1. Pedagógicos</p> <p>1 <input type="radio"/> 2. Tecnológicos</p> <p>1 <input type="radio"/> 3. Terapéuticos</p> <p>1 <input type="radio"/> 4. Ninguno</p>	

**ANEXO 2. TABLAS DERIVADAS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO  
REALIZADO EN SPSS**

**VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

**Sexo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	765	55,9	55,9	55,9
	Mujer	603	44,1	44,1	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Edad quinquenios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-4	46	3,4	3,4	3,4
	5-9	85	6,2	6,2	9,6
	10-14	113	8,3	8,3	17,8
	15-19	96	7,0	7,0	24,9
	20-24	77	5,6	5,6	30,5
	25-29	78	5,7	5,7	36,2
	30-34	79	5,8	5,8	42,0
	35-39	102	7,5	7,5	49,4
	40-44	79	5,8	5,8	55,2
	45-49	68	5,0	5,0	60,2
	50-54	79	5,8	5,8	65,9
	55-59	70	5,1	5,1	71,1
	60-64	83	6,1	6,1	77,1
	65-69	77	5,6	5,6	82,7
	70-74	90	6,6	6,6	89,3
	75-79	65	4,8	4,8	94,1
	80-84	45	3,3	3,3	97,4
	85-89	25	1,8	1,8	99,2
	90-94	4	,3	,3	99,5
	95-99	5	,4	,4	99,9
100 o mas	2	,1	,1	100,0	
Total		1368	100,0	100,0	

**Cuál fue el último año escolar que aprobó**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	Preescolar	82	6,0	6,0
	Básica primaria	515	37,6	43,6
	Básica secundaria	127	9,3	52,9
	Técnico o tecnológico	8	,6	53,5
	Universitario	14	1,0	54,5
	Ninguno	582	42,5	97,1
	No hay dato	40	2,9	100,0
	Total	1368	100,0	100,0



**Área**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cabecera	1128	82,5	82,5
	Centro poblado	171	12,5	95,0
	Rural Disperso	69	5,0	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Número Estrato**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Estrato 1	262	19,2	19,2
	Estrato 2	608	44,4	63,6
	Estrato 3	433	31,7	95,2
	Estrato 4	27	2,0	97,2
	Estrato 5	8	,6	97,8
	Sin estrato	30	2,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

## DETERMINANTES INTERMEDIOS

### Actualmente participa en alguna organización

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	131	9,6	9,6	9,6
si	144	10,5	10,5	20,1
no sabe, no responde	1092	79,8	79,8	99,9
9	1	,1	,1	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

### Barreras en el dormitorio para desarrollar actividades diarias

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1192	87,1	87,1	87,1
Si	176	12,9	12,9	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

### Barreras en la sala y comedor para desarrollar actividades diarias

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1189	86,9	86,9	86,9
Si	179	13,1	13,1	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

### Barreras en baño y sanitario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1095	80,0	80,0	80,0
Si	273	20,0	20,0	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

### Barreras por escalera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	872	63,7	63,7	63,7
Si	496	36,3	36,3	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

### Barreras en pasillos y patios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1169	85,5	85,5	85,5
Si	199	14,5	14,5	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en andenes y aceras**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	913	66,7	66,7	66,7
	Si	455	33,3	33,3	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en Calles y vías**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	860	62,9	62,9	62,9
	Si	508	37,1	37,1	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en parques, plazas, estadios, teatros, iglesias**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	976	71,3	71,3	71,3
	Si	392	28,7	28,7	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en paraderos y terminales de transporte**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1041	76,1	76,1	76,1
	Si	327	23,9	23,9	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras vehículos de transporte publico**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	892	65,2	65,2	65,2
	Si	476	34,8	34,8	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en centros educativos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1125	82,2	82,2	82,2
	Si	243	17,8	17,8	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en lugares de trabajo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1175	85,9	85,9	85,9
	Si	193	14,1	14,1	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en centros de salud y hospitales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1045	76,4	76,4	76,4
	Si	323	23,6	23,6	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en centros comerciales, tiendas y plazas de mercado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1040	76,0	76,0	76,0
	Si	328	24,0	24,0	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en otros lugares**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1294	94,6	94,6	94,6
	Si	74	5,4	5,4	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Barreras en Ningún Lugar**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	544	39,8	96,8	96,8
	Sin Dato	18	1,3	3,2	100,0
	Total	562	41,1	100,0	
Perdidos	Sistema	806	58,9		
Total		1368	100,0		

**Impide familiar desarrollar actividad diaria**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	128	9,4	84,2	84,2
	9	24	1,8	15,8	100,0
	Total	152	11,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1216	88,9		
Total		1368	100,0		

**Impide amigos y compañeros desarrollar actividad diaria**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	33	2,4	57,9	57,9
	9	24	1,8	42,1	100,0
	Total	57	4,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1311	95,8		
Total		1368	100,0		

**Impide vecinos desarrollar actividad diaria**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	32	2,3	57,1	57,1
	9	24	1,8	42,9	100,0
	Total	56	4,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1312	95,9		
Total		1368	100,0		

**Impide funcionarios y empleados desarrollar actividad diaria**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	8	,6	25,0	25,0
	9	24	1,8	75,0	100,0
	Total	32	2,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1336	97,7		
Total		1368	100,0		

**Impide otras personas desarrollar actividad diaria**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	1,0	35,1	35,1
	9	24	1,8	64,9	100,0
	Total	37	2,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1331	97,3		
Total		1368	100,0		

**Impide Ninguna desarrollar actividad diaria**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	169	12,4	12,4	12,4
	Ninguna	1166	85,2	85,8	98,2
	9	24	1,8	1,8	100,0
	Total	1359	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	9	,7		
Total		1368	100,0		

**Sabe cuál es el origen de tu discapacidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	1058	77,3	77,3	77,3
	No	300	21,9	21,9	99,3
	9	10	,7	,7	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Su discapacidad es consecuencia de**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	103	7,5	7,5	7,5
	Complicaciones en el parto	70	5,1	5,1	12,6
	Enfermedad General	397	29,0	29,0	41,7
	Alteración genética, hereditaria	98	7,2	7,2	48,8
	Lesión auto infligida	3	,2	,2	49,0
	Enfermedad Profesional	22	1,6	1,6	50,7
	Consumo de psicoactivos	6	,4	,4	51,1
	Desastre natural	2	,1	,1	51,2
	accidente	180	13,2	13,2	64,4
	Víctima de la violencia	36	2,6	2,6	67,0
	Conflicto armado	13	1,0	1,0	68,0
	Dificultades en la prestación de servicios de salud	43	3,1	3,1	71,1
	Otra causa	85	6,2	6,2	77,3
	Sin Dato	300	21,9	21,9	99,3
	No sabe - No responde	10	,7	,7	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Enfermedad profesional por**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		1346	98,4	98,4	98,4
	Medio ambiente físico del lugar de trabajo	9	,7	,7	99,0
	Condiciones de seguridad (maquinas, equipos, herramientas)	1	,1	,1	99,1
	contaminantes (químicos, biológicos)	1	,1	,1	99,2
	carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)	6	,4	,4	99,6
	Organización del trabajo (psicolaborales)	1	,1	,1	99,7
	Otra causa	4	,3	,3	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

1325	96,9	96,9
------	------	------

**Por consumo de psicoactivos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Psicoactivos aceptados socialmente	1362	99,6	99,6	99,6
	Psicoactivos socialmente no aceptados	4	,3	,3	99,9
	Total	1368	100,0	100,0	100,0

**Desastres naturales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inundación	1366	99,9	99,9	99,9
	Otro desastre natural	1	,1	,1	99,9
	Total	1368	100,0	100,0	100,0

**Por accidente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De tránsito	1188	86,8	86,8	86,8
	En el hogar	75	5,5	5,5	92,3
	En el centro educativo	39	2,9	2,9	95,2
	De trabajo	4	,3	,3	95,5
	Deportivo	35	2,6	2,6	98,0
	Otro tipo de accidente	5	,4	,4	98,4
	Total	22	1,6	1,6	100,0

**Como víctima de violencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Al interior del hogar	1332	97,4	97,4	97,4
	Delincuencia común	5	,4	,4	97,7
	Social	22	1,6	1,6	99,3
	Total	9	,7	,7	100,0

**Del conflicto armado por**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Arma de fuego	1355	99,0	99,0	99,0
	Otro tipo de arma	11	,8	,8	99,9
	Total	2	,1	,1	100,0

**Está afiliado a salud**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	1078	78,8	78,8	78,8
	No	286	20,9	20,9	99,7
	9	4	,3	,3	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

#### Tipo de afiliación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	contributivo	7	,5	,5	,5
	subsidiado	205	15,0	15,0	15,5
	régimen especial	851	62,2	62,2	77,7
	Vinculado	22	1,6	1,6	79,3
	Ninguno	57	4,2	4,2	83,5
	No sabe	213	15,6	15,6	99,0
	9	9	,7	,7	99,7
	Total	4	,3	,3	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

#### Durante los últimos meses ha estado principalmente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No responde	157	11,5	11,5	11,5
	Trabajando	160	11,7	11,7	23,2
	Buscando trabajo	50	3,7	3,7	26,8
	Incapacitado permanente para trabajar- sin pensión	450	32,9	32,9	59,7
	Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	25	1,8	1,8	61,5
	Estudiando	118	8,6	8,6	70,2
	Realizando oficios del hogar	175	12,8	12,8	83,0
	Recibiendo renta	2	,1	,1	83,1
	Pensionado - jubilado	10	,7	,7	83,8
	Realizando actividades de autoconsumo	15	1,1	1,1	84,9
	Otra actividad	206	15,1	15,1	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	



**en el trabajo se desempeña como**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No responde	1202	87,9	87,9
	Obrero - empleado del gobierno	2	,1	88,0
	Obrero - empleado particular	34	2,5	90,5
	Jornalero o peón	17	1,2	91,7
	Patrón o empleador	1	,1	91,8
	Trabajador por cuenta propia	73	5,3	97,1
	Empleado (a) domestico (a)	10	,7	97,9
	Trabajador familiar sin remuneración	8	,6	98,5
	9	21	1,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	131	9,6	9,6
	no	1077	78,7	88,3
	9	133	9,7	98,0
	Total	27	2,0	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Cuál es su ingreso mensual promedio**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin salario	1049	76,7	76,7
	1 SM o menos	255	18,6	95,3
	Hasta 2 SM	13	1,0	96,3
	Hasta 3 SM	4	,3	96,6
	5 o más SM	47	3,4	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**La actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No hay datos	1202	87,9	87,9
	Industria	10	,7	88,6
	Comercio	40	2,9	91,5

**Actualmente vive en**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casa	982	71,8	71,8	71,8
	Apartamento	165	12,1	12,1	83,8
	Cuarto	169	12,4	12,4	96,2
	Institución pública	1	,1	,1	96,3
	Calle	1	,1	,1	96,3
	Otro tipo de vivienda	48	3,5	3,5	99,9
	9	2	,1	,1	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	
	Agrícola	17	1,2	1,2	92,8
	Servicios	22	1,6	1,6	94,4
	Otra actividad	58	4,2	4,2	98,6
	9	19	1,4	1,4	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**En que condición poseo la vivienda**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	5	,4	,4	,4
	Arriendo o subarriendo	430	31,4	31,4	31,8
	Vivienda propia y la está pagando	79	5,8	5,8	37,6
	Vivienda propia totalmente pagada	527	38,5	38,5	76,1
	Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	223	16,3	16,3	92,4
	Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	52	3,8	3,8	96,2
	Otra	31	2,3	2,3	98,5
	Sin dato	21	1,5	1,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Se está recuperando de su discapacidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	453	33,1	33,1	33,1
	no	911	66,6	66,6	99,7
	9	4	,3	,3	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**A qué atribuye su recuperación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Servic. de salud y rehabilitación	913	66,7	66,7	66,7
	Apoyo de familia	107	7,8	7,8	74,6
	Empeño por salir adelante	107	7,8	7,8	82,4
	Ayuda de Dios	63	4,6	4,6	87,0
	Medicina alternativa	148	10,8	10,8	97,8
	Otro	6	,4	,4	98,2
	9	3	,2	,2	98,5
	9	21	1,5	1,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Medicina física y de rehabilitación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1186	86,7	86,7	86,7
	9	165	12,1	12,1	98,8
	9	17	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Psiquiatría**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1269	92,8	92,8	92,8
	9	82	6,0	6,0	98,8
	9	17	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Fisioterapia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	960	70,2	70,2	70,2
	9	391	28,6	28,6	98,8
	9	17	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Fonoaudiología**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1107	80,9	80,9	80,9
	9	244	17,8	17,8	98,8
	9	17	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Terapia ocupacional**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1121	81,9	81,9	81,9
	9	230	16,8	16,8	98,8
	9	17	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Optometría**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1201	87,8	87,8	87,8
	9	150	11,0	11,0	98,8
	9	17	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Psicología**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1133	82,8	82,8	82,8
	9	218	15,9	15,9	98,8
	9	17	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Trabajo social**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1288	94,2	94,2	94,2
	9	63	4,6	4,6	98,8
	9	17	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Medicamentos permanentes**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	931	68,1	68,1	68,1
	9	420	30,7	30,7	98,8
		17	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Otro tipo de rehabilitación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1287	94,1	94,1	94,1
	9	65	4,8	4,8	98,8
		16	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Ninguno**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	991	72,4	72,4	72,4
	9	361	26,4	26,4	98,8
		16	1,2	1,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Actualmente asiste al servicio de rehabilitación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	367	26,8	26,8	26,8
	no	241	17,6	17,6	44,4
	9	759	55,5	55,5	99,9
		1	,1	,1	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Quien paga la rehabilitación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sistema general de la salud	1127	82,4	82,4	82,4
	La familia	75	5,5	5,5	87,9
	Personalmente	117	8,6	8,6	96,4
	ONG	10	,7	,7	97,1
	El empleador	2	,1	,1	97,3
	Otro	3	,2	,2	97,5
	9	33	2,4	2,4	99,9
		1	,1	,1	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Establecimiento donde recibe rehabilitación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Público	1127	82,4	82,4	82,4
	Privado	133	9,7	9,7	92,1
	No sabe	84	6,1	6,1	98,2
	9	19	1,4	1,4	99,6
	Total	5	,4	,4	100,0
Total		1368	100,0	100,0	

**COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD**

**Alteraciones en Sistema Nervioso**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	472	34,5	34,5	34,5
	Si	896	65,5	65,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Alteración Permanente en los Ojos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	692	50,6	50,6	50,6
	Si	676	49,4	49,4	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Alteración Permanente en los Oídos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	931	68,1	68,1	68,1
	Si	437	31,9	31,9	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Los demás Órganos de los sentidos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1259	92,0	92,0	92,0
	Si	109	8,0	8,0	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Alteración permanente en la voz y el habla**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	749	54,8	54,8	54,8
	Si	619	45,2	45,2	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Alteración en el sistema cardio-respiratorio y las defensas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	870	63,6	63,6	63,6
Válidos Si	498	36,4	36,4	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Alteración el digestión, metabolismo, hormonas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	962	70,3	70,3	70,3
Válidos Si	406	29,7	29,7	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Alteraciones en sistema genital y reproductivo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1057	77,3	77,3	77,3
Válidos Si	311	22,7	22,7	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	471	34,4	34,4	34,4
Válidos Si	897	65,6	65,6	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**La piel**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1174	85,8	85,8	85,8
Válidos Si	194	14,2	14,2	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Otras**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1311	95,8	95,8	95,8
Válidos Si	57	4,2	4,2	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Presenta dificultades para pensar y memorizar**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	656	48,0	48,0	48,0
Válidos Si	712	52,0	52,0	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Presenta dificultades de vista**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1018	74,4	74,4	74,4
Válidos Si	350	25,6	25,6	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Presenta dificultades para oír**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1121	81,9	81,9	81,9
Válidos Si	247	18,1	18,1	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Presenta dificultades para distinguir sabores u olores**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1291	94,4	94,4	94,4
Válidos Si	77	5,6	5,6	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Dificultades para Hablar y comunicarse**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	842	61,5	61,5	61,5
Válidos Si	526	38,5	38,5	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Dificultades para Desplazarse**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1061	77,6	77,6	77,6
Válidos Si	307	22,4	22,4	100,0
Total	1368	100,0	100,0	



**Dificultades para masticar, tragar**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1169	85,5	85,5	85,5
Válidos Si	199	14,5	14,5	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Dificultades para retener o expulsar orina**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1093	79,9	79,9	79,9
Válidos Si	275	20,1	20,1	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Dificultades para caminar, correr, saltar**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	628	45,9	45,9	45,9
Válidos Si	740	54,1	54,1	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Dificultades para mantener piel, uñas y cabellos sanos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1227	89,7	89,7	89,7
Válidos Si	141	10,3	10,3	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Dificultades para relacionarse con personas de su entorno**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	1084	79,2	79,2	79,2
Válidos Si	284	20,8	20,8	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Dificultades para llevar, mover, etc**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	994	72,7	72,7	72,7
Válidos Si	374	27,3	27,3	100,0
Total	1368	100,0	100,0	

**Dificultades para cambiar o mantener posiciones del cuerpo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1088	79,5	79,5	79,5
	Si	280	20,5	20,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Dificultades para alimentarse, asearse y vestirse por si mismo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1021	74,6	74,6	74,6
	Si	347	25,4	25,4	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Otras dificultades**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1348	98,5	98,5	98,5
	1	20	1,5	1,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Participa en actividades en familia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6	9,6
	si	721	52,7	52,7	62,3
	sin dato	509	37,2	37,2	99,5
	9	7	,5	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Participa en actividades con la comunidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6	9,6
	si	411	30,0	30,0	39,6
	sin dato	819	59,9	59,9	99,5
	9	7	,5	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Participa en actividades religiosas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6	9,6
	si	730	53,4	53,4	62,9
	sin dato	500	36,5	36,5	99,5
	9	7	,5	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0	

**Participa en actividades productivas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6
	si	109	8,0	17,5
	sin dato	1121	81,9	99,5
	9	7	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Participa en actividades deportivas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6
	si	240	17,5	27,1
	sin dato	990	72,4	99,5
	9	7	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Participa en actividades culturales**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6
	si	96	7,0	16,6
	sin dato	1134	82,9	99,5
	9	7	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Participa en actividades educacion no formal**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6
	si	22	1,6	11,2
	sin dato	1208	88,3	99,5
	9	7	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Participa en actividades ciudadanas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6
	si	45	3,3	12,9
	sin dato	1185	86,6	99,5
	9	7	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Participa en actividades, Otras**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6
	si	12	,9	10,5
	sin dato	1218	89,0	99,5
	9	7	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Participa en actividades, Ninguna**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	9,6	9,6
	si	987	72,1	81,7
	sin dato	243	17,8	99,5
	9	7	,5	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**CARACTERIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD  
SEGÚN CRITERIOS DE LA CIF**

**Restricciones**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin restricciones	375	27,4	27,4
	Con restricciones	993	72,6	100,0
	Total	1368	100,0	100,0

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Sexo * Variable creada como Limitaciones	1368	100,0%	0	0,0%	1368	100,0%
EDAD RECODIFICADA * Variable creada como Limitaciones	1368	100,0%	0	0,0%	1368	100,0%
RAZA RECODIFICADA * Variable creada como Limitaciones	1368	100,0%	0	0,0%	1368	100,0%
Area * Variable creada como Limitaciones	1368	100,0%	0	0,0%	1368	100,0%
ESTRATO ECONOMICO RECODIFICADO * Variable creada como Limitaciones	1368	100,0%	0	0,0%	1368	100,0%
ESCOLARIDAD RECODIFICADA * Variable creada como Limitaciones	456	33,3%	912	66,7%	1368	100,0%

**Tabla de contingencia Sexo \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
Sexo	Hombre	765	765
	Mujer	603	603
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia EDAD RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
EDAD RECODIFICADA	Infancia	246	246
	Juventud	210	210
	Adulthood Joven	236	236
	Adulthood Media	382	382
	Vejez	294	294
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia RAZA RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
RAZA RECODIFICADA	Negro	45	45
	Indigena	7	7
	Mestizo	1294	1294
	No responde	22	22
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia Area \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
Area	Cabecera	1128	1128
	Centro poblado	171	171
	Rural Disperso	69	69
	Total	1368	1368

**Tabla de contingencia ESTRATO ECONOMICO RECODIFICADO \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
ESTRATO ECONOMICO RECODIFICADO	Estrato bajo	870	870
	Estrato Medio	460	460
	Estrato Alto	8	8
	Sin Dato	30	30
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia ESCOLARIDAD RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
ESCOLARIDAD RECODIFICADA	Ninguno	69	69
	Primaria	53	53
	Secundaria	29	29
	Superior	305	305
Total		456	456

## DEFICIENCIAS/LIMITACIONES – INTERMEDIOS

**Tabla de contingencia ACTUAL MENTE VIVE EN \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
ACTUAL MENTE VIVE EN	Casa	1316	1316
	Institucional	1	1
	Otros	51	51
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia BARRERAS ACTITUDINALES RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
BARRERAS ACTITUDINALES RECODIFICADA	NO	1166	1166
	SI	202	202
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia BARRERAS ARQUITECTONICAS  
RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
BARRERAS ARQUITECTONICAS RECODIFICADA	No	831	831
	Si	537	537
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia TIPO DE AFILIACION SGSSS  
RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
TIPO DE AFILIACION SGSSS RECODIFICADA	Ninguno	281	281
	Afiliado	1078	1078
	No sabe	9	9
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia ULTIMOS SEIS MESES RECODIFICADA \*  
Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
ULTIMOS SEIS MESES RECODIFICADA	Trabajando	375	375
	Estudiando	118	118
	Incapacitado	450	450
	Otro	268	268
	No sabe	157	157
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia TRABAJO EN QUE SE DESEMPE. RECODIFICADA  
\* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
TRABAJO EN QUE SE DESEMPE. RECODIFICADA	Obrero	66	66
	Patron	1	1
	Independiente	81	81
	No sabe	1220	1220
Total		1368	1368



**Tabla de contingencia INGRESO MENSUAL RECODIFICADO \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
INGRESO MENSUAL RECODIFICADO	Sin salario	1049	1049
	Menor de un salario y hasta 3	268	268
	Mayor de tres salarios mínimos	47	47
	9	4	4
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia CONDICION DE LA VIVIENDA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
CONDICION DE LA VIVIENDA	Propia	1316	1316
	Arriendo	1	1
	Otro	51	51
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia A QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
A QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION RECODIFICADA	Servicios de salud	113	113
	Apoyo fiar, empeño, Dios	318	318
	Otro	3	3
	No sabe, no responde	934	934
Total		1368	1368

## RESTRICCIONES – ESTRUCTURALES

### Sexo \* Variable creada como Restricciones

Tabla de contingencia

Recuento		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
Sexo	Hombre	229	536	765
	Mujer	146	457	603
Total		375	993	1368

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,549 <sup>a</sup>	1	,018		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	5,265	1	,022		
Razón de verosimilitudes	5,586	1	,018		
Estadístico exacto de Fisher				,020	,011
N de casos válidos	1368				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 165,30.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,064	,018
	V de Cramer	,064	,018
	Coefficiente de contingencia	,064	,018
N de casos válidos		1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

## EDAD RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones

Tabla de contingencia

Recuento		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
EDAD RECODIFICADA	Infancia	141	105	246
	Juventud	30	180	210
	Adulthood Joven	42	194	236
	Adulthood Media	87	295	382
	Vejez	75	219	294
Total		375	993	1368

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	144,377 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	134,046	4	,000
Asociación lineal por lineal	41,005	1	,000
N de casos válidos	1368		

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

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,325	,000
	V de Cramer	,325	,000
	Coefficiente de contingencia	,309	,000
N de casos válidos		1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

## ESCOLARIDAD RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones

Tabla de contingencia

Recuento		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
ESCOLARIDAD RECODIFICADA	Ninguno	9	60	69
	Primaria	16	37	53
	Secundaria	8	21	29
	Superior	68	237	305
Total		101	355	456

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,805 <sup>a</sup>	3	,121
Razón de verosimilitudes	6,061	3	,109
Asociación lineal por lineal	,732	1	,392
N de casos válidos	456		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,42.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,113	,121
	V de Cramer	,113	,121
	Coeficiente de contingencia	,112	,121
N de casos válidos		456	

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

**RAZA RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
RAZA RECODIFICADA	Negro	15	30	45
	Indigena	1	6	7
	Mestizo	347	947	1294
	No responde	12	10	22
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,770 <sup>a</sup>	3	,021
Razón de verosimilitudes	8,836	3	,032
Asociación lineal por lineal	1,043	1	,307
N de casos válidos	1368		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,92.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,085	,021
	V de Cramer	,085	,021
	Coeficiente de contingencia	,084	,021
N de casos válidos		1368	

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

**Área \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
Area	Cabecera	301	827	1128
	Centro poblado	47	124	171
	Rural Disperso	27	42	69
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,062 <sup>a</sup>	2	,080
Razón de verosimilitudes	4,732	2	,094
N de casos válidos	1368		

- a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,91.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,061	,080
	V de Cramer	,061	,080
	Coeficiente de contingencia	,061	,080
N de casos válidos		1368	

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

**ESTRATO ECONOMICO RECODIFICADO \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
ESTRATO ECONOMICO RECODIFICADO	Estrato bajo	252	618	870
	Estrato Medio	107	353	460
	Estrato Alto	0	8	8
	Sin Dato	16	14	30
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,190 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	19,220	3	,000
Asociación lineal por lineal	,000	1	,988
N de casos válidos	1368		

- a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 2,19.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,115	,000
	V de Cramer	,115	,000
	Coficiente de contingencia	,115	,000
	N de casos válidos	1368	

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

## RESTRICCIONES – INTERMEDIOS

### ACTUALMENTE VIVE EN \* Variable creada como Restricciones

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
Actualmente Vive En	Casa	352	964	1316
	Institucional	0	1	1
	Otros	23	28	51
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,687 <sup>a</sup>	2	,013
Razón de verosimilitudes	8,198	2	,017
Asociación lineal por lineal	8,036	1	,005
N de casos válidos	1368		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,27.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,080	,013
	V de Cramer	,080	,013
	Coefficiente de contingencia	,079	,013
	N de casos válidos	1368	

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

**BARRERAS ACTITUDINALES RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
BARRERAS ACTITUDINALES RECODIFICADA	NO	315	851	1166
	SI	60	142	202
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,625 <sup>a</sup>	1	,429		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,497	1	,481		
Razón de verosimilitudes	,616	1	,432		
Estadístico exacto de Fisher				,442	,239
Asociación lineal por lineal	,625	1	,429		
N de casos válidos	1368				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 55,37. b. Calculado sólo para una tabla de 2x2

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,021	,429
	V de Cramer	,021	,429
	Coefficiente de contingencia	,021	,429
	N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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



**BARRERAS ARQUITECTONICAS RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**  
Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
BARRERAS ARQUITECTONICAS RECODIFICADA	No	228	603	831
	Si	147	390	537
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,001 <sup>a</sup>	1	,980	1,000	,515
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,001	1	,980		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,001	1	,980		
N de casos válidos	1368				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 147,20.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,001	,980
	V de Cramer	,001	,980
	Coficiente de contingencia	,001	,980
	N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**TIPO DE AFILIACION SGSSS RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
TIPO DE AFILIACION SGSSS RECODIFICADA	Ninguno	92	189	281
	Afiliado	282	796	1078
	No sabe	1	8	9
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,061 <sup>a</sup>	2	,048
Razón de verosimilitudes	6,158	2	,046
Asociación lineal por lineal	5,752	1	,016
N de casos válidos	1368		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 2,47.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,067	,048
	V de Cramer	,067	,048
	Coefficiente de contingencia	,066	,048
	N de casos válidos	1368	

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

**ULTIMOS SEIS MESES RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
ULTIMOS SEIS MESES RECODIFICADA	Trabajando	57	318	375
	Estudiando	2	116	118
	Incapacitado	112	338	450
	Otro	63	205	268
	No sabe	141	16	157
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	378,017 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	366,312	4	,000
Asociación lineal por lineal	193,361	1	,000
N de casos válidos	1368		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 32,35.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal		
Phi	,526	,000
V de Cramer	,526	,000
Coeficiente de contingencia	,465	,000
N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**TRABAJO EN QUE SE DESEMPE. RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia  
Recuento**

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
TRABAJO EN QUE SE DESEMPE. RECODIFICADA	Obrero	13	53	66
	Patron	0	1	1
	Independiente	12	69	81
	No sabe	350	870	1220
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,811 <sup>a</sup>	3	,020
Razón de verosimilitudes	11,059	3	,011
Asociación lineal por lineal	5,476	1	,019
N de casos válidos	1368		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,27.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,085	,020
Nominal por nominal V de Cramer	,085	,020
Coefficiente de contingencia	,084	,020
N de casos válidos	1368	

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

**INGRESO MENSUAL RECODIFICADO \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**  
Recuento

	Variable creada como Restricciones		Total
	Sin restricciones	Con restricciones	
INGRESO MENSUAL RECODIFICADO			
Sin salario	316	733	1049
Menor de un salario y hasta 3	47	221	268
Mayor de tres salarios minimos	12	35	47
9	0	4	4
Total	375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,605 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	20,840	3	,000
Asociación lineal por lineal	10,976	1	,001
N de casos válidos	1368		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 1,10.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,117	,000
Nominal por nominal V de Cramer	,117	,000
Coeficiente de contingencia	,116	,000
N de casos válidos	1368	

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

**CONDICION DE LA VIVIENDA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**  
Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
CONDICION DE LA VIVIENDA	Propia	352	964	1316
	Arriendo	0	1	1
	Otro	23	28	51
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,687 <sup>a</sup>	2	,013
Razón de verosimilitudes	8,198	2	,017
Asociación lineal por lineal	8,036	1	,005
N de casos válidos	1368		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,27.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,080	,013
	V de Cramer	,080	,013
	Coefficiente de contingencia	,079	,013
	N de casos válidos	1368	

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

**A QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**  
Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
A QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION RECODIFICADA	Servicios de salud	26	87	113
	Apoyo fiar, empeño, Dios	61	257	318
	Otro	2	1	3
	No sabe, no responde	286	648	934
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,082 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	19,513	3	,000
Asociación lineal por lineal	13,772	1	,000
N de casos válidos	1368		

- a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,82.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,118	,000
Nominal por nominal V de Cramer	,118	,000
Coefficiente de contingencia	,117	,000
N de casos válidos	1368	

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

**Tabla de contingencia Sexo \* Variable creada como  
Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
Sexo	Hombre	765	765
	Mujer	603	603
	Total	1368	1368

**Tabla de contingencia EDAD RECODIFICADA \* Variable creada como  
Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
	Infancia	246	246
	Juventud	210	210
EDAD RECODIFICADA	Adulthood Joven	236	236
	Adulthood Media	382	382
	Vejez	294	294
	Total	1368	1368

**Tabla de contingencia RAZA RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
RAZA RECODIFICADA	Negro	45	45
	Indígena	7	7
	Mestizo	1294	1294
	No responde	22	22
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia Area \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
Área	Cabecera	1128	1128
	Centro poblado	171	171
	Rural Disperso	69	69
	Total	1368	1368

**Tabla de contingencia ESTRATO ECONOMICO RECODIFICADO \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
ESTRATO ECONOMICO RECODIFICADO	Estrato bajo	870	870
	Estrato Medio	460	460
	Estrato Alto	8	8
	Sin Dato	30	30
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia ESCOLARIDAD RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
ESCOLARIDAD RECODIFICADA	Ninguno	69	69
	Primaria	53	53
	Secundaria	29	29
	Superior	305	305
Total		456	456



## DEFICIENCIAS/ LIMITACIONES - INTERMEDIOS

**Tabla de contingencia ACTUAL MENTE VIVE EN \* Variable creada como Limitaciones**  
Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
ACTUAL MENTE VIVE EN	Casa	1316	1316
	Institucional	1	1
	Otros	51	51
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia BARRERAS ACTITUDINALES RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**  
Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
BARRERAS ACTITUDINALES RECODIFICADA	NO	1166	1166
	SI	202	202
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia BARRERAS ARQUITECTONICAS RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**  
Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
BARRERAS ARQUITECTONICAS RECODIFICADA	No	831	831
	Si	537	537
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia TIPO DE AFILIACION SGSSS RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**  
Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
TIPO DE AFILIACION SGSSS RECODIFICADA	Ninguno	281	281
	Afiliado	1078	1078
	No sabe	9	9
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia ULTIMOS SEIS MESES RECODIFICADA \***  
**Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
ULTIMOS SEIS MESES RECODIFICADA	Trabajando	375	375
	Estudiando	118	118
	Incapacitado	450	450
	Otro	268	268
	No sabe	157	157
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia TRABAJO EN QUE SE DESEMPE. RECODIFICADA \***  
**Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
TRABAJO EN QUE SE DESEMPE. RECODIFICADA	Obrero	66	66
	Patrón	1	1
	Independiente	81	81
	No sabe	1220	1220
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia INGRESO MENSUAL RECODIFICADO \* Variable creada como Limitaciones**

Recuento

		Variable creada como Limitaciones	Total
		Con limitaciones	
INGRESO MENSUAL RECODIFICADO	Sin salario	1049	1049
	Menor de un salario y hasta 3	268	268
	Mayor de tres salarios mínimos	47	47
	9	4	4
Total		1368	1368

**Tabla de contingencia CONDICION DE LA VIVIENDA \* Variable creada como Limitaciones**  
Recuento

		Variable creada como Limitaciones		Total
		Con limitaciones		
CONDICION DE LA VIVIENDA	Propia	1316		1316
	Arriendo	1		1
	Otro	51		51
Total		1368		1368

**Tabla de contingencia A QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION RECODIFICADA \* Variable creada como Limitaciones**  
Recuento

		Variable creada como Limitaciones		Total
		Con limitaciones		
A QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION RECODIFICADA	Servicios de salud	113		113
	Apoyo fliar, empeño, Dios	318		318
	Otro	3		3
	No sabe, no responde	934		934
	Total	1368		1368

## RESTRICCIONES - ESTRUCTURALES

**Sexo \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
Sexo	Hombre	229	536	765
	Mujer	146	457	603
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,549 <sup>a</sup>	1	,018		
Corrección por continuidad	5,265	1	,022		
Razón de verosimilitudes	5,586	1	,018		
Estadístico exacto de Fisher				,020	,011
N de casos válidos	1368				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 165,30.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,064	,018
Nominal por nominal V de Cramer	,064	,018
Coeficiente de contingencia	,064	,018
N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**EDAD RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
EDAD RECODIFICADA	Infancia	141	105	246
	Juventud	30	180	210
	Adulthood Joven	42	194	236
	Adulthood Media	87	295	382
	Vejez	75	219	294
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	144,377 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	134,046	4	,000
Asociación lineal por lineal	41,005	1	,000
N de casos válidos	1368		

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

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,325	,000
Nominal por nominal V de Cramer	,325	,000
Coeficiente de contingencia	,309	,000
N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Escolaridad recodificada \* Variable creada como Restricciones  
Tabla de contingencia**

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
ESCOLARIDAD RECODIFICADA	Ninguno	9	60	69
	Primaria	16	37	53
	Secundaria	8	21	29
	Superior	68	237	305
Total		101	355	456

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,805 <sup>a</sup>	3	,121
Razón de verosimilitudes	6,061	3	,109
Asociación lineal por lineal	,732	1	,392
N de casos válidos	456		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 6,42.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,113	,121
	V de Cramer	,113	,121
	Coefficiente de contingencia	,112	,121
	N de casos válidos	456	

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

**Raza recodificada \* Variable creada como Restricciones  
 Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
RAZA RECODIFICADA	Negro	15	30	45
	Indigena	1	6	7
	Mestizo	347	947	1294
	No responde	12	10	22
	Total	375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,770 <sup>a</sup>	3	,021
Razón de verosimilitudes	8,836	3	,032
Asociación lineal por lineal	1,043	1	,307
N de casos válidos	1368		

- a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,92.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,085	,021
	V de Cramer	,085	,021
	Coefficiente de contingencia	,084	,021
	N de casos válidos	1368	

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

**Área \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
Área	Cabecera	301	827	1128
	Centro poblado	47	124	171
	Rural Disperso	27	42	69
	Total	375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,062 <sup>a</sup>	2	,080
Razón de verosimilitudes	4,732	2	,094
N de casos válidos	1368		

- a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 18,91.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,061	,080
	V de Cramer	,061	,080
	Coficiente de contingencia	,061	,080
	N de casos válidos	1368	

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

**Estrato económico recodificado \* Variable creada como Restricciones**  
**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
ESTRATO ECONOMICO RECODIFICADO	Estrato bajo	252	618	870
	Estrato Medio	107	353	460
	Estrato Alto	0	8	8
	Sin Dato	16	14	30
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,190 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	19,220	3	,000
Asociación lineal por lineal	,000	1	,988
N de casos válidos	1368		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,19.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,115	,000
	V de Cramer	,115	,000
	Coefficiente de contingencia	,115	,000
	N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**RESTRICCIONES - INTERMEDIOS**

**ACTUAL MENTE VIVE EN \* Variable creada como Restricciones**  
**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
ACTUAL MENTE VIVE EN	Casa	352	964	1316
	Institucional	0	1	1
	Otros	23	28	51
Total		375	993	1368



**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,687 <sup>a</sup>	2	,013
Razón de verosimilitudes	8,198	2	,017
Asociación lineal por lineal	8,036	1	,005
N de casos válidos	1368		

- a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,27.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,080	,013
Nominal por nominal V de Cramer	,080	,013
Coeficiente de contingencia	,079	,013
N de casos válidos	1368	

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

**Barreras actitudinales recodificada \* Variable creada como Restricciones**  
**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
BARRERAS ACTITUDINALES	NO	315	851	1166
RECODIFICADA	SI	60	142	202
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,625 <sup>a</sup>	1	,429		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,497	1	,481		
Razón de verosimilitudes	,616	1	,432		
Estadístico exacto de Fisher				,442	,239
Asociación lineal por lineal	,625	1	,429		
N de casos válidos	1368				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 55,37.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-,021	,429
	V de Cramer	,021	,429
	Coefficiente de contingencia	,021	,429
	N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**BARRERAS ARQUITECTONICAS RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
BARRERAS	No	228	603	831
ARQUITECTONICAS	Si	147	390	537
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,001 <sup>a</sup>	1	,980		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,001	1	,980		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,515
Asociación lineal por lineal	,001	1	,980		
N de casos válidos	1368				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 147,20.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,001	,980
	V de Cramer	,001	,980
	Coeficiente de contingencia	,001	,980
	N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**TIPO DE AFILIACION SGSSS RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
TIPO DE AFILIACION SGSSS RECODIFICADA	Ninguno	92	189	281
	Afiliado	282	796	1078
	No sabe	1	8	9
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,061 <sup>a</sup>	2	,048
Razón de verosimilitudes	6,158	2	,046
Asociación lineal por lineal	5,752	1	,016
N de casos válidos	1368		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,47.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
	Phi	,067	,048
Nominal por nominal	V de Cramer	,067	,048
	Coficiente de contingencia	,066	,048
	N de casos válidos	1368	

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

**Últimos seis meses recodificada \* Variable creada como Restricciones**  
**Tabla de contingencia**  
 Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
ULTIMOS SEIS MESES RECODIFICADA	Trabajando	57	318	375
	Estudiando	2	116	118
	Incapacitado	112	338	450
	Otro	63	205	268
	No sabe	141	16	157
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	378,017 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	366,312	4	,000
Asociación lineal por lineal	193,361	1	,000
N de casos válidos	1368		

- a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 32,35.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
	Phi	,526	,000
Nominal por nominal	V de Cramer	,526	,000
	Coficiente de contingencia	,465	,000
	N de casos válidos	1368	

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

**TRABAJO EN QUE SE DESEMPE. RECODIFICADA \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
TRABAJO EN QUE SE DESEMPE. RECODIFICADA	Obrero	13	53	66
	Patrón	0	1	1
	Independiente	12	69	81
	No sabe	350	870	1220
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,811 <sup>a</sup>	3	,020
Razón de verosimilitudes	11,059	3	,011
Asociación lineal por lineal	5,476	1	,019
N de casos válidos	1368		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,085	,020
	V de Cramer	,085	,020
	Coeficiente de contingencia	,084	,020
	N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**INGRESO MENSUAL RECODIFICADO \* Variable creada como Restricciones**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
INGRESO MENSUAL RECODIFICADO	Sin salario	316	733	1049
	Menor de un salario y hasta 3	47	221	268
	Mayor de tres salarios mínimos	12	35	47
	9	0	4	4
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,605 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	20,840	3	,000
Asociación lineal por lineal	10,976	1	,001
N de casos válidos	1368		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,10.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,117	,000
Nominal por nominal V de Cramer	,117	,000
Coefficiente de contingencia	,116	,000
N de casos válidos	1368	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**CONDICION DE LA VIVIENDA \* Variable creada como Restricciones**  
**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
Condición de la vivienda	Propia	352	964	1316
	Arriendo	0	1	1
	Otro	23	28	51
Total		375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,687 <sup>a</sup>	2	,013
Razón de verosimilitudes	8,198	2	,017
Asociación lineal por lineal	8,036	1	,005
N de casos válidos	1368		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,080	,013
	V de Cramer	,080	,013
	Coefficiente de contingencia	,079	,013
	N de casos válidos	1368	

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

**A qué atribuye su recuperación recodificada \* Variable creada como Restricciones**  
**Tabla de contingencia**

Recuento

		Variable creada como Restricciones		Total
		Sin restricciones	Con restricciones	
A QUE ATRIBUYE SU RECUPERACION RECODIFICADA	Servicios de salud	26	87	113
	Apoyo fliar, empeño, Dios	61	257	318
	Otro	2	1	3
	No sabe, no responde	286	648	934
	Total	375	993	1368

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,082 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	19,513	3	,000
Asociación lineal por lineal	13,772	1	,000
N de casos válidos	1368		

- a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,82.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,118	,000
Nominal por nominal V de Cramer	,118	,000
Coeficiente de contingencia	,117	,000
N de casos válidos	1368	

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