

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

INVESTIGADORES

**Flga. Gloria Esperanza Daza Timaná
Flga. Magda Gissel Mosquera Ruiz**

DIRECTORES DE TESIS

**PhD. Consuelo Vélez Alvarez
PhD. José Armando Vidarte Claros**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

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

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

TESISTAS

Flga. Gloria Esperanza Daza Timaná

Flga. Magda Gissel Mosquera Ruiz

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

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

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Nombre, firma y documento de identidad del Asesor Institucional

Nombre, firma y documento de identidad del Asesor Académico

Nombre, firma y documento de identidad del Coordinador de la Maestría

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
TÍTULO.....	8
1. RESUMEN EJECUTIVO.....	
¡Error! Marcador no definido.	
1.1 Resumen.....	
¡Error! Marcador no definido.	
2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	
¡Error! Marcador no definido.	
2.1 Planteamiento de la pregunta o problema de investigación.....	
¡Error! Marcador no definido.	
2.2 Justificación.....	18
2.3 Pregunta de investigación.....	19
3. OBJETIVOS.....	
¡Error! Marcador no definido.	
3.1 Objetivo general.....	
¡Error! Marcador no definido.	
3.2 Objetivos específicos.....	
¡Error! Marcador no definido.	
4. REFERENTE TEÓRICO.....	
¡Error! Marcador no definido.	
4.1 Contexto del estudio.....	
¡Error! Marcador no definido.	
4.2 Determinantes sociales de la salud.....	22
4.3 Discapacidad: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la	

Salud.....32**¡Error! Marcador no definido.**

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....**¡Error! Marcador no definido.**

6. METODOLOGÍA..... 51

6.1 Tipo de estudio.....51

6.2 Población y muestra..... 51

6.3 Criterios de Inclusión.....51

6.4 Técnicas e instrumentos de recolección..... 52

7. DISPOSICIONES VIGENTES.....53

8. RESULTADOS..... 54

8.1 Análisis Univariado.....55

8.1.1 Determinantes sociales de la salud: Estructurales..... 55

8.1.2 Determinantes Sociales de la Salud: Intermedios.....59

8.2 Análisis bivariado.....66

8.2.1 Determinantes sociales estructurales y las limitaciones en la actividad..... 67

8.2.2 Determinantes sociales intermedios y las limitaciones en la actividad.....71

8.2.3 Determinantes sociales estructurales y las restricciones en la participación..... 75

8.2.4 Determinantes sociales intermedios y las restricciones en la participación.....79

9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....85

10. CONCLUSIONES.....	99
11. RECOMENDACIONES.....	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	¡Err
or! Marcador no definido.	

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Operacionalización de variables	44
Tabla 2. Componentes de la Discapacidad: deficiencia, limitaciones y restricciones	50
Tabla 3. Determinantes estructurales socio demográficos	55
Tabla 4. Determinantes estructurales: barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía	57
Tabla 5. Determinantes estructurales: origen de la discapacidad	58
Tabla 6. Determinantes intermedios: afiliación al SGSSS	59
Tabla 7. Determinantes intermedios: condiciones materiales de trabajo	59
Tabla 8. Determinantes sociales intermedios: tipo de vivienda y su condición	61
Tabla 9. Determinantes sociales intermedios: servicios de rehabilitación	62
Tabla 10. Caracterización de los componentes de discapacidad según la CIF parte I	63
Tabla 11. Componentes de la discapacidad según la CIF parte I	64
Tabla 12. Determinantes sociales estructurales Género, Ciclo vital, nivel educativo y las limitaciones en la actividad	67
Tabla 13. Determinantes sociales estructurales etnia, área, estrato, barreras y las limitaciones en la actividad	69
Tabla 14. Determinantes sociales intermedios afiliación a salud, a que se dedicó en los últimos 6 meses, condiciones de vivienda, tipo de vivienda y limitaciones en la actividad	71
Tabla 15. Determinantes sociales intermedios tipo de rehabilitación, factores de recuperación, presenta barreras, salario y las limitaciones en la actividad	73
Tabla 16. Determinantes sociales estructurales Género, ciclo vital, nivel educativo y las restricciones en la participación	75
Tabla 17. Determinantes sociales estructurales etnia, área, estrato, barreras y las restricciones en la participación	77

Tabla 18. Determinantes sociales intermedios presenta barreras, afiliación a salud, dedicación en los últimos 6 meses y las restricciones en la participación	79
Tabla 19. Determinantes sociales intermedios tipo de vivienda, condición de vivienda, tipo de rehabilitación y las restricciones en la participación	81
Tabla 20. Determinantes sociales intermedios factores de recuperación, salario y las restricciones en la participación	83

TÍTULO

Determinantes sociales de la salud y discapacidad en la ciudad de Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Título: Determinantes sociales de la salud y discapacidad en la ciudad de Barranquilla, 2012: resultados desde el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.			
Investigadores y Directores:			
Coinvestigadores: Gloria Esperanza Daza T.; Magda Gissel Mosquera Ruiz.			
Nombre del Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento (UAM) Colciencias A1.			
Entidad: Universidad Autónoma de Manizales			
Representante Legal: Gabriel Cadena Gómez	Cédula de ciudadanía: 5.565.569	De: Bucaramanga	
Dirección: Antigua Estación del Ferrocarril	Teléfono (68)8727519	Fax(68) 8727272	
Nit: 890805051-0	E-mail: uam@autonoma.edu.co		
Ciudad: Manizales	Departamento: Caldas		
Sede de la Entidad: Antigua estación del ferrocarril Manizales			
Tipo de Entidad: Educativa			
Universidad Pública:	Universidad Privada: <input checked="" type="checkbox"/>	Entidad Pública:	ONG:
Lugar de Ejecución del Proyecto: Manizales, Cali, Barranquilla, Medellín, Tunja, Tulía			
Duración del Proyecto (en meses): 24 meses			
Tipo de Proyecto: Descriptivo con fase correlacional			
investigación Básica:	Investigación Aplicada: <input checked="" type="checkbox"/>	Desarrollo Tecnológico o Experimental:	
Valor total del Proyecto: \$18.896.304			
Palabras clave: condiciones sociales, CIF, clase social, escolaridad, empleo. (Fuente; DeCS Bireme).			

1.1 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 la ciudad de Barranquilla Colombia a partir del registro para localización y caracterización de la Discapacidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) 2005. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo con fase correlacional que pretendió evidenciar todos los determinantes sociales de la salud que mejor explican la situación de discapacidad de acuerdo a los componentes según la CIF. Se utilizó el programa estadístico SPSS. Versión 19 mediante base de datos con 726 registros de personas con discapacidad de ésta ciudad con datos de localización, vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación y participación. **Resultados:** se encontró que la edad promedio fue de 38 años; la mayoría de las personas no tenían algún nivel educativo, eran de etnia mestiza y vivían en la cabecera, además pertenecían a los estratos 1 y 3, cerca del 19% tan solo recibieron algún ingreso económico mensual. Otros determinantes estructurales hicieron referencia a las barreras en vías, calles y servicios sanitarios, la causa de la discapacidad fue la enfermedad general. Respecto a los Determinantes Intermedios se encontró que la mayoría de la población estuvo afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSS), en especial en calidad de subsidiados, y en cuanto a los servicios de rehabilitación fueron diagnosticados oportunamente, pocos recibieron servicios de rehabilitación de estos últimos solo cerca del 16% asistieron a los servicios debido a las dificultades de accesibilidad en cuanto a barreras físicas y condiciones económicas. En relación a los componentes de la discapacidad según la CIF, se analizaron las deficiencias en la estructura, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y los factores contextuales, en donde se evidencio que el 100% de la población encuestada tuvo deficiencias, solo el 95,7% presentaron limitaciones y el 4,3% no manifestaron tener limitaciones en la actividad a pesar de su deficiencia, el 91,2% tuvo restricciones en la participación, de ahí la importancia de caracterizar a cada individuo en términos de funcionamiento para poder establecer un plan de

tratamiento en cuanto a rehabilitación o habilitación. Igualmente se encontró que las deficiencias más prevalentes corresponden a las físicas (31,3%) con altos niveles de restricción a nivel familiar.

En cuanto a posibles relaciones entre los determinantes sociales en salud y cada uno de los componentes de la discapacidad, se encontró que estas relaciones fueron reducidas, ya que el componente deficiencia resultó ser una variable constante, y en el componente limitación en la actividad, tan solo los determinantes sociales: condición de vivienda, tipo de rehabilitación y barreras mostraron asociación estadística representativa, lo cual puede influir en forma directa limitando actividades personales.

La dimensión restricción en la participación mostró un comportamiento diferente, en tanto que sí se encontraron mayores asociaciones estadísticas representativas para edad por ciclo vital, nivel educativo, etnia, estrato socioeconómico, afiliación a salud, dedicación en los últimos seis meses, factores de recuperación y salario mensual. Aunque el coeficiente de correlación no fue fuerte, estas variables pueden incidir directamente en la participación de las personas en situación de discapacidad ya que especialmente el analfabetismo restringe el acceso a ciertas actividades y dedicación por ejemplo al trabajo y estudio.

Se destaca que para las dimensiones de restricciones en la participación y dedicación en los últimos seis meses si se presentó asociación estadística significativa para las personas con restricciones en la participación se evidencia que el 16,8% se encuentran trabajando, el 23,9% refieren estar incapacitados, situación similar se encontró para la población sin restricciones. Igualmente para tipo de rehabilitación y factores de recuperación se obtuvo que tanto en la población con y sin restricción manifestaron en gran porcentaje no tener ni haber tenido acceso a ningún tipo de rehabilitación 75,5% y 82,8% respectivamente, sobre los factores de recuperación el 32,6% de personas que presentan restricción atribuyen la recuperación al apoyo familiar y ayuda espiritual y el 26,6% de las personas sin restricción lo atribuyen a los servicios de salud recibidos.

Lo anterior permite evidenciar una relación entre la condición de salud y las manifestaciones de las personas en situación de discapacidad a nivel personal y social basados en la correlación de los factores contextuales (personales y ambientales) inmersos en los Determinantes sociales en salud y la Discapacidad lo cual genera impactos que modifican estilos de vida, cambio en el desempeño en los roles físico, laboral, social y familiar que al abordarse de manera integral y articulada dimensionan el trascender de lo clínico y funcional a aspectos relacionados con el funcionamiento humano centrados en necesidades y expectativas de la persona y el abordaje de la Discapacidad como asunto social. **Conclusiones:** Ante el análisis de los Determinantes Sociales en Salud y Discapacidad se requiere tratar estas problemáticas visibilizando el sector salud como un campo abierto vinculado al contexto social para acercarse a mejores formas del desarrollo humano, con prácticas de salud e implicaciones en las políticas públicas para minimizar los efectos sobre las inequidades y favorecer la intervención en los distintos grupos sociales.

Se espera contribuir al avance en la conceptualización de la Discapacidad y la forma en que esta ha sido medida y ampliar la investigación y el conocimiento profundizando en condiciones de vida de personas en situación de discapacidad, identificando necesidades primarias, indicadores de bienestar personal y calidad de vida.

Palabras clave: condiciones sociales, CIF, clase social, escolaridad, empleo. (Fuente: de CS. Bireme)

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

2.1 Planteamiento de la pregunta o problema de investigación

Retomando algunos elementos planteados por Álvarez [1], donde manifiesta como el análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de Salud de varios países [2, 3], además es un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología [4, 5].

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. Solar e Irwin [6] citados por Álvarez [1], manifiestan que lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.

En el año 1975 las cifras mundiales de la discapacidad estimaron que un 12,3% de la población mundial presentaba alguna discapacidad, es decir, un número aproximado de 490 millones de personas. [2] En el año de 1976 el dato más citado de prevalencia de la discapacidad fue el de la OMS, que corresponde al 10% de prevalencia global, es decir, de la población de cada país aproximadamente el 10% presento algún tipo de discapacidad [3, 7].

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

discapacidad se encuentran estrechamente relacionadas con factores sociales y se presentan con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y bajo nivel educativo al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo [3]. Esta situación está directamente relacionada con la pobreza que se vive en muchos de los países de la región. De hecho, es de amplio conocimiento que la discapacidad tiene una relación directa con la pobreza [4]. Uno de los problemas que ha dificultado la consolidación de los perfiles en discapacidad en el contexto internacional se encuentra representado en la imposibilidad de tener fuentes fidedignas de información y en la utilización de variados métodos de análisis de la misma, tal como lo expresa el Banco Interamericano de Desarrollo en su informe (BID) del 2010 [8], en el cual se presentaron las cifras de prevalencia de discapacidad en algunos países de Latino América con datos que van de una prevalencia en Perú en 1993 del 13.1% pasando por Costa Rica 9.3% para 1998 y llegando a la más baja para Colombia en 1993 de 1.2% [9]. Unos 600 millones de personas en el mundo presentan algún tipo de discapacidad, el 80% de ellas vive en países de bajos ingresos y la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de rehabilitación [5].

Para Colombia, el censo poblacional del DANE de 1993 estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente (1.9% de la población de entonces) presentaba discapacidad [10]. El Ministerio de Salud de Colombia en 2002, con base en el estimativo del 12% para la población mundial, estimó que cerca de cuatro millones y medio de personas presentan algún tipo de limitación [11]. Por su parte el censo realizado en el año 2005 estimó una tasa de prevalencia de discapacidad del 6,4% para la población general basada en las personas que reportaron mínimo una limitación permanente para realizar alguna actividad de la vida diaria [12]. También se indagó tratando de conocer el total de la población con discapacidad, los resultados arrojados mostraron como del total de la población colombiana (41.242.948 personas) el 6.4% poseen algún tipo de discapacidad permanente, que en cifras absolutas corresponde aproximadamente a 2.639.548 personas [6].

Datos que muestran información relacionada con la discapacidad en Colombia, se extraen del estudio realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe en 2009 [13]. Los principales resultados de este trabajo mostraron que durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas con discapacidad de 829 municipios del país. Según estos reportes, esta población en su mayoría son de escasos recursos, pertenece en general a los estratos 1 y 2, un gran porcentaje no se encuentra afiliada al SGSSS, se ubican en las cabeceras municipales y el grupo de edad más afectado es el de los mayores de 60 años, principalmente del género femenino, prevalece un bajo nivel educativo en la población registrada y se encuentra un alto porcentaje de inasistencia escolar. El desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población. Por su parte el análisis que se realizó contempló variables de funcionamiento y discapacidad sentida de acuerdo a la severidad de las dificultades, así como algunas variables socio demográficas, muestra que del total de registros, el 47,5% de la población fueron hombres y 52,5% mujeres en los cuales prevalecen las dificultades de tipo leve y moderada, siendo las dificultades para bañarse, vestirse y mantener una amistad, las que más sobresalen. La distribución por sexo de las personas que respondieron tener algún grado de dificultad, muestra que en el caso de las mujeres se presentan en mayor proporción las dificultades para realizar bien las actividades de la casa y estar de pie durante largos periodos de tiempo. Con respecto al estado de salud durante los últimos treinta días, las personas con dificultades extremas para bañarse y vestirse son quienes reportan percibir el peor estado de salud, en comparación con las personas que presentan dificultades leves o moderadas. En cuanto a la discapacidad en términos de limitaciones permanentes estos estudios mostraron como al caracterizarlas de acuerdo con el número de personas en el registro, las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo fueron las más frecuentes con un 48.8% (366437/750.378), seguidas por las del sistema nervioso con el 41.7% (312976/750.378) y la visión con 40.9% (307432/750.378). De igual forma el 30.5% (228.632) refirió las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como aquella que más le afectaba, seguidas por el sistema nervioso 20.5% (154.015) y el sistema cardiorrespiratorio y las defensas con 14.9% (112.385).

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

En relación con los determinantes sociales de la salud esta situación se encuentra formada por malas condiciones de vida, dificultades en el acceso a los servicios de salud, bajo nivel educativo y limitadas posibilidades de empleo que agravan de manera sustancial la evolución del problema [3, 7].

Por otra parte para el Atlántico con cifras de población de 1.694.675 según el DANE, número de viviendas 360.754; de habitantes por hogar con analfabetismo del 5% en mayores de 15 años; 4.6% necesidades básicas insatisfechas de 17.72%, desempleo 11.4% , con un 42% de la población total desplazada y discapacitada atendida por el fondo nacional regalías del departamento del Atlántico; afiliación a seguridad social 80%, con comportamientos acelerados en algunos de estos indicadores cuando se les compara con otros años. Según el registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad del DANE en el año 2003, para el Atlántico se presenta un promedio entre el 3,6% y 5.25 de personas con discapacidad menor al promedio nacional, existen 106.954 personas (5.1%) con alguna limitación, indicador que se encuentra también por debajo del promedio nacional, pero sigue siendo un porcentaje significativo de acuerdo al total de la población del departamento. La mayor concentración de esta población se presenta en Barranquilla (55.7%) y los municipios de Soledad (17.1%) y Malambo (5.4%) [15].

Este panorama en el contexto internacional y nacional con muchos datos relevantes no permiten por sí mismos un completo conocimiento y acercamiento a la complejidad del tema, esto refleja en el fondo que el evento de la discapacidad lleva inmerso una serie de factores que marcan la diferencia entre regiones y situaciones que se encuentran estrechamente relacionados, como también lo menciona la perspectiva canadiense de

Dalghren y Whitehead, que en términos individuales se refieren a capacidades, aptitudes y prácticas de salud, y desde lo colectivo a su entorno físico y servicios. Y como estos tienen que ver con la manera de vivir de este grupo poblacional, cuales factores ambientales influyen en su condición de salud, es decir sus determinantes sociales de la salud; de esta manera se convierten en una nueva forma de ver la discapacidad diferente al análisis tradicional, pero para esto se requiere de una mayor información al respecto, desde la descripción de las características de los componentes de la discapacidad y cada uno de los determinantes sociales de la salud, y así justificar las relaciones existentes entre ellos.

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.

La OMS señala que en los próximos años la discapacidad será un motivo de preocupación aun mayor, dado que su prevalencia va en aumento como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento en el mundo de enfermedades crónicas. Además retoma el informe mundial de discapacidad, el cual muestra que ésta no es una enfermedad, sino una problemática social que se comprende en la interacción del individuo con los espacios de la comunidad y afecta de mayor manera a los sectores vulnerables [11].

Al considerar que es poca la información sobre antecedentes en la región y a nivel nacional e internacional sobre la temática es pertinente establecer la relación entre los determinantes sociales en salud y los componentes de la discapacidad, elementos que sirvan como referencia o apoyo a los comités territoriales y nacionales para la toma de decisiones, elaboración, implementación, organización y evaluación de programas específicos en favor de las personas con discapacidad.

2.2. Justificación

Este estudio se constituyó en un estudio pionero y de referencia en discapacidad para la ciudad de Barranquilla que contribuirá a la generación de políticas públicas con el ánimo de fortalecer los procesos de intervención interdisciplinar. Además alimenta la línea de investigación Funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud del grupo investigador cuerpo-movimiento de la Universidad autónoma de Manizales, y fortalece en una perspectiva interdisciplinar el objeto de estudio de la maestría en discapacidad, por ello los resultados de este proyecto beneficiaran a la comunidad académica, a las personas con discapacidad, a sus familias y a la sociedad en general. Los resultados pueden ser utilizados por nuevos proyectos de este tipo que aborden la temática de determinantes sociales en salud, en proyectos de desarrollo y programas de intervención específicos.

Este trabajo fue viable y factible porque contó con la disponibilidad del recurso humano financiero y material, desarrollado por los estudiantes de la tercera cohorte de la maestría en discapacidad, quienes asumieron los costos directos e indirectos generados por el proyecto, además se facilitó el acceso a la base de datos a través de la secretaria de salud de la ciudad de Barranquilla, lo cual aseguró el desarrollo académico de la investigación. Igualmente el estudio no necesitó 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.

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

2. 3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación existente entre los Determinantes Sociales de la Salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Barranquilla Colombia, 2012: resultados desde el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad?

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 la ciudad de Barranquilla Colombia, 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 de Barranquilla Colombia.
- Identificar los Determinantes Sociales de la Salud Intermedios de los participantes a partir del registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad de Barranquilla Colombia.
- Caracterizar los componentes de discapacidad en cuanto deficiencias en funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad, restricción en la participación e interacción de los mismos según 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 componentes de la discapacidad según la CIF.

4. REFERENTE TEÓRICO

4.1 Contexto del estudio

El departamento del Atlántico está localizado en el norte del país (Colombia), entre los 10° 16' 01" y 11° 04' 30" de latitud norte, y 74° 43' y 75° 16' de longitud oeste. Hace parte de los ocho departamentos que conforman la región caribe colombiana, limitando por el norte con el mar caribe (90 kilómetros de litoral con el mar Caribe), por el este con el río Magdalena (105 kilómetros de ribera con el río Magdalena); por el sur con el departamento de Bolívar y por el oeste, con el mar caribe y el departamento de Bolívar. La superficie es de 3.388 km², que representa el 0.29% del territorio nacional. La capital es la ciudad de Barranquilla, localidad con la que se cuenta para desarrollar el presente estudio, también llamada la puerta de oro de Colombia. La ciudad está localizada en el vértice nororiental del departamento del Atlántico, sobre la orilla occidental del río Magdalena, a 7,5 km de su desembocadura en el mar caribe. Barranquilla se encuentra a una latitud 10° 59' 16" al norte de la línea ecuatorial y una longitud de 74° 47' 20" al occidente de Greenwich, tomando como referencia la plaza de la Paz, punto cero de la ciudad. El área urbana está edificada sobre un plano ligeramente inclinado cuyas alturas extremas, según el instituto geográfico Agustín Codazzi, son 4 msnm al oriente y 98 metros al occidente, sobre el nivel del mar. Otras fuentes señalan alturas accidentales en las lomas, hasta de 120 metros fuera de la ciudad. Políticamente, Barranquilla limita al oriente con el departamento del Magdalena (de por medio el río Magdalena), al norte con el municipio de Puerto Colombia y con el Mar Caribe (predios de la ciénaga de Mallorquín, tajamar occidental y Puerto Mocho), al occidente con los municipios de Puerto Colombia, Galapa y Tubará y al sur con el municipio de Soledad. Extensión total: 154 Km². Temperatura media: 27,4° Centígrados [15].

Por otra parte para el Atlántico con cifras de población total 1.113.016 personas según el DANE 2005, número de viviendas 436.926; con promedio de personas por hogar de 4,5; con un 42% de la población total desplazada y discapacitada atendida por el fondo

nacional regalías del departamento del Atlántico; afiliación a seguridad social 80%, con comportamientos acelerados en algunos de estos indicadores cuando se les compara con otros años. Según el registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad del DANE, para el Atlántico se presenta un promedio entre el 3,6% y 5.25 de personas con discapacidad menor al promedio nacional, existen 106.954 personas (5.1%) con alguna limitación, indicador que se encuentra también por debajo del promedio nacional, pero sigue siendo un porcentaje significativo de acuerdo al total de la población del departamento. La mayor concentración de esta población se presenta en Barranquilla (55.7%) y los municipios de Soledad (17.1%) y Malambo (5.4%) [10, 15].

Según el Registro para Localización y Caracterización DANE Barranquilla del total de la población, el 47,5% son hombres y el 52,5% mujeres de las cuales cerca de 8.000 se encuentran en condición de discapacidad, el 5,3% de la población presenta alguna limitación permanente, el 5,4% en los hombres y el 5.3% en las mujeres.

4.2 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 [16].

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 [17]. 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.”* [18].

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 [19]. Diversos estudios en Colombia han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la auto percepción del estado de salud [3, 7].

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 [19]. 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, adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña [20]. Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia (ver 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. – modelo de Dalghren y Whitehead



Fuente: A New Perspective on the Health of Canadians 1974.

Por otra parte, Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, señaló que: la equidad en salud no corresponde únicamente a salud, vista de forma aislada, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la equidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica. La equidad en salud tiene un alcance y una relevancia muy amplios [21].

De acuerdo a lo anterior se tendría por un lado los factores de vivencias materiales en las áreas de vivienda, trabajo, alimentación, saneamiento etc.; por otro los factores psicosociales y conductuales; y por último 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 vinculadas a las políticas. La interacción de estos DSS influiría para explicar la salud y enfermedad de los individuos [22].

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 [19].

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 [19].

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 [20].

De acuerdo a la perspectiva canadiense de Dalghren y Whitehead de los determinantes sociales de la salud y sus implicaciones en la discapacidad, se destacan factores como: el ingreso, las redes de apoyo, la educación, el empleo, la condición de trabajo, los entornos sociales y físicos, las practicas de salud personales, las actitudes de adaptación, las características biológicas y genéticas, los servicios de salud, el género y la cultura que obligan a tener otra mirada desde lo social, político y ético especialmente en aquellos factores que generen inequidad producto de las desigualdades [23].

Por otra parte, 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 [24].

De otro lado es importante plantear lo retomado por Borrell [25], 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 [26], principios que son construidos sobre diferentes autores, y en los cuales se resalta la relevancia de investigar bajo la perspectiva de los DSS dentro de los cuales la discapacidad resulta ser un tema relevante, estos son: 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 [27, 28]. 2. Utilizar una aproximación basada en la evidencia: Ello es importante tanto para avanzar en la investigación como para poner en marcha intervenciones. Dixon-Woods, Agarwal, Jones et al [29], 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 [30]. Las desigualdades en salud se han descrito siguiendo tres aproximaciones [31]: 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 [32], por lo que debería enfatizarse el primer enfoque. 4. Comprometerse a intentar identificar los mecanismos causales de cómo operan las desigualdades en salud. 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 etnia o la clase social, los cuales tienen en común que: a) son contextuales y dinámicos, y 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 [33, 34]. 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 [35].

A nivel investigativo se resalta cómo varios países han identificado la necesidad de investigar sobre las desigualdades en salud y de generar, sintetizar y difundir la evidencia sobre su magnitud y causas y sobre las políticas para reducirlas. Esto ha llevado al establecimiento, según el caso, de comisiones, proyectos o unidades de investigación estables. Es así como el objetivo del proyecto Teroka 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 [36].

Otra investigación que es necesario destacar es la realizada por el National Institute for Health Research en el año 2008, donde implementó un programa de investigación sobre intervenciones no sanitarias para mejorar la salud y disminuir las desigualdades, que concluyó sobre la necesidad de reducir las desigualdades sociales relacionadas con el comportamiento y el uso de los servicios de salud, como también incrementar las iniciativas para promover la inclusión social y fortalecer las herramientas intersectoriales [37].

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 la situación de discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres [24]. 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 [25].

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 surgidos de la encuesta de población nacional de salud (NPHS) en Canadá [38], 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 las formas en que los niveles de salud están determinados por las estructuras de la desigualdad social y las conductas o los estilos de vida [39]. 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 [40], 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 la igualdad en salud como la ausencia de diferencias en salud injusta y evitable entre grupos poblacionales definidos: social, económica, demográfica o geográficamente [40].

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 %, 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 [22].

El documento “Las desigualdades sociales en salud en el estado español”, analiza y describe las inequidades sociales respecto a los determinantes sociales en salud en el estado español: menciona que en los ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre tienden a aumentar con el tiempo, ya que la salud mejora más rápidamente en las personas de clases sociales más aventajadas. También es necesario tener presente que la evidencia científica existente señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas [41].

En el estudio “determinantes sociales de la salud, la enfermedad e intervenciones” se realizó una revisión temática a través de la historia acerca del concepto de los determinantes sociales de la salud, como también la evolución a través del tiempo, plantea que enfrentar las causas de las causas, las determinaciones económicas sociales más generales de los procesos salud-enfermedad, involucra acciones no solo en el sistema de atención a la salud, con cambios en los modelos asistenciales y ampliación de la autonomía de los sujetos, sino también intervenciones en las condiciones socio-económicas, ambientales y culturales por medio de políticas públicas intersectoriales. Y, sobre todo, en políticas de desarrollo, orientadas hacia la distribución más igualitaria de los recursos socialmente producidos, subordinando la economía al bienestar social [42].

En el documento “determinantes sociales de las enfermedades” se comparte y justifica la frase de Sigerist “En cualquier sociedad dada, la incidencia de la enfermedad está determinada principalmente por factores económicos, condiciones de vivienda, baja calidad de vida entre otros, los cuales han sido las principales causas de enfermedad” [43].

En la misma perspectiva Lobato, define los determinantes sociales de la salud, como procesos sociales que se expresan en los procesos bio-síquicos humanos, estos determinantes están conformados por las condiciones de vida, de trabajo, psicosociales, sistemas de salud y capital social; de este modo los DSS son las causas de la distribución diferenciada de las enfermedades en la sociedad [44]. De la misma manera el documento “Doce lecciones para el desarrollo de indicadores locales de determinantes sociales de la salud”, propone un instrumento con la finalidad de monitorear los avances de los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios mediante la agrupación de indicadores calculados con la información disponible en la web, y que reflejen el estado actual de las temáticas relevantes en cuanto a determinantes sociales de la salud, con la posibilidad de convertirlos en estrategias de intervención en salud [45].

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 [46].

4.3 Discapacidad en la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud

La discapacidad es término genérico que incluye déficits en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud CIF basada en un modelo biopsicosocial para abordar la salud y la discapacidad, entiende la discapacidad como *“un fenómeno multidimensional resultado de la interacción entre la persona y su contexto físico y social”* [47] 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, brinda un lenguaje unificado, estandarizado y un marco conceptual para la descripción de los componentes de la salud [47]. Al analizar el funcionamiento y la discapacidad se deberá incluir el abordaje de lo corporal: funciones, estructuras corporales y deficiencias en estructuras y funciones corporales, de lo individual y lo social: es decir actividades y participación, limitación en las actividades y restricción de la participación en la sociedad). Funciones corporales se refieren a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas; y las estructuras corporales son las partes anatómicas o estructuras del cuerpo como órganos y miembros. Es decir, proporciona información sobre el estado funcional del individuo en lo referente a las partes anatómicas y fisiológicas del cuerpo. Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida, pueden ser temporales o permanentes, progresivas, regresivas o estáticas, Intermitentes o continuas. Por otro lado, las actividades y la participación son los aspectos relacionados con el funcionamiento humano desde una perspectiva tanto individual como social. Por actividad se entiende la realización de una tarea o acción por una persona implica una perspectiva individual en un contexto normalizado y participación es el acto de

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

Los factores contextuales son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, tienen dos componentes: factores ambientales y factores personales. Los Factores ambientales se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y su estilo de vida, están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos pueden incluir el sexo, la etnia, la edad, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, la educación, la profesión, experiencias actuales y pasadas, comportamiento, personalidad, espiritualidad, entre otros [47].

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) [14] y a partir de este registro se han realizado procesos investigativos que intentan hacer una mirada y abordaje a la discapacidad [46]. Es así como Cruz [48], realizó 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, el trabajo muestra como el análisis global por grupos de factores, personales y ambientales, sugiere un mayor peso de los segundos en la generación y exacerbación de la discapacidad, en la medida en que responden a determinantes relacionados con modos y condiciones de vida asociados con servicios, sistemas y políticas.

Para Colombia otra herramienta que muestra 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 [13]. Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas en situación de discapacidad de 829 municipios del país. Las cifras de la población en situación de discapacidad proceden de diferentes fuentes: estudios realizados como el de la universidad Javeriana “Prevalencia de discapacidad del Valle del Cauca”, entre otros. Según el Conpes 80 [49] 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.

El estudio “prevalencia de discapacidad” describe cuantitativa y cualitativamente la situación de discapacidad en determinados territorios y momentos, con su estado del arte de nueve estudios disponibles visualiza el panorama geográfico y sociocultural en el que se deben desarrollar las acciones orientadas a la construcción de la política pública de los departamentos de Colombia entre ellos el Valle del Cauca [51].

El documento Conpes 80 presenta resultados referentes a origen de la discapacidad y afirma que en la presencia y severidad de la discapacidad juegan diversos condicionantes sociales, además destaca a Atlántico como el séptimo Departamento con mayor número de personas con discapacidad sobre el total Nacional por todas las causas, con el factor asociado de las necesidades básicas insatisfechas como causa o consecuencia de la discapacidad [49].

Cuervo plantea: respecto al sujeto en situación de discapacidad, que se debe pensar ante todo en y con el sujeto en situación de discapacidad en su colectivo social porque solo así se puede construir una inclusión real y el primer paso es la educación. El documento Discapacidad Reto para la Inclusión en el capital humano [54] menciona el registro DANE 2010 para Colombia el cual reporta que las actitudes que más afectan, que son más recurrentes son aquellas que provienen de las personas que hacen parte de su propio grupo familiar (38,8%), también las que perciben por parte de amigos y

compañeros (19,3%), y por parte de vecinos (18%). Pues el entorno inmediato en el que vive un individuo como miembro es el que lo va a marcar de por vida [54].

Hernández [53], muestra relaciones entre la política económica y la discapacidad, representa un intento por proveer un análisis teórico para la política económica en discapacidad en Colombia. Este estudio estableció que la vulnerabilidad debida a la discapacidad es diferente según: El género, la edad, el área y el nivel socio económico. El perfil de estas personas se caracteriza por tener bajo nivel educativo, percibir y vivir con menos de un salario mínimo mensual, estar desempleadas, ubicarse en los estratos uno y dos, hacer parte de los hogares calificados como pobres, ser varones y vivir en el área rural y concluyó que la pobreza parece exacerbar la discapacidad a expensas de la vulnerabilidad, el riesgo y la restricción en las oportunidades para el bienestar. También menciona que del total de personas registradas, el 29% carece de aseguramiento en el SGSSS [53].

Gómez [54], presenta un panorama general de datos estadísticos de Colombia, este registro tuvo como objetivo general, apoyar el desarrollo de la política nacional de atención a las personas con discapacidad, de los programas y proyectos de prevención, atención, rehabilitación y equiparación de oportunidades; además proveer elementos para el diseño de un sistema de seguimiento y evaluación de las políticas, planes y proyectos desarrollados dentro del marco del Proyecto Nacional de atención a la Discapacidad; Lograr la coordinación nacional en la producción y uso de la información estadística sobre discapacidad en el país. Fue un análisis que describió la situación de discapacidad observada y organizada por información socio demográfica básica de la población con discapacidad, además de orígenes y características de la discapacidad, salud y aspectos relacionados, nivel educativo de las personas en situación de discapacidad y Participación social.

El documento “Discapacidad reto para la inclusión en capital humano” precisa que según el registro DANE 2010, el 76% de todas las personas con discapacidad perciben barreras físicas en su entorno, de estas cerca del 46,9% las encuentra en su propia

vivienda, el 16,5% de las personas tienen barreras en los lugares de trabajo, en la situación laboral y actividades desarrolladas [54].

Otro texto [55], pretende difundir, compartir y debatir públicamente la situación de la accesibilidad en España, analiza las políticas e instrumentos de promoción desarrollados en los últimos años, y considera las necesarias reformas o iniciativas que permitan avanzar en el proceso de supresión de todo tipo de barreras: arquitectónicas, urbanísticas, en el transporte, la comunicación e información, etc. Los contenidos desarrollados en este libro son el resultado de un trabajo de investigación realizado conjuntamente con el Instituto universitario de estudios europeos de la universidad Autónoma de Barcelona y expertos, una vez diagnosticado el estado de la accesibilidad en España, se establecen las bases para la realización de un Plan de Accesibilidad.

El primer estudio nacional en discapacidad en Chile 2004, recoge nueva y relevante información acerca de las condiciones de la discapacidad de la población acercándose a un mayor dialogo estadístico con estándares internacionales hoy vigentes, tuvo como objetivo conocer la prevalencia de la discapacidad en sus diversos tipos y grados y la medida en que esta condición afecta a las personas en las distintas dimensiones de la vida, en términos de su funcionalidad, y relación con el entorno, participación social y conocer la estructura y distribución de la población que presenta alguna discapacidad [56].

En lo referente a servicios de rehabilitación se informó que tres de cada cuatro personas con discapacidad ha tenido acceso a servicios de salud y de rehabilitación en el último año, el 67% ha recibido atención básica en salud, el 40% ha recibido algún tipo de servicio diagnóstico, tan solo el 6,5% ha recibido servicios de rehabilitación en el último año. Estableciendo la diferencia entre las personas que recibieron el servicio en el sector público y el sector privado, tan solo una de cada cuatro personas con discapacidad lo recibió en el sector privado, el resto en el sector público 75,7% [56].

El plan nacional de igualdad y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. realizó un proceso de información, consulta y validación a partir de entrevistas, talleres, mesas de trabajo y otros eventos con autoridades, instituciones y organizaciones de y para personas con discapacidad a nivel nacional, con tendencia a la apropiación y legitimación de este importante documento, se basó en el principio de igualdad de oportunidades y condiciones, la normalización y autodeterminación, con cinco grandes áreas de intervención: sociedad (entorno social y cultural), derechos sociales (educación, salud y vivienda); derechos económicos (trabajo), desarrollo personal y social (accesibilidad integral, autonomía personal, participación e investigación), desarrollo institucional y organizacional (fortalecimiento institucional y organizacional) [57].

El Plan establece lineamientos básicos para que los distintos actores estatales y sociales del ámbito nacional, departamental y municipal aporten responsablemente en la construcción de una sociedad más justa, inclusiva y humana para las personas con discapacidad, donde se garantice un acceso equitativo a los servicios. Este estudio hace referencia a igualdad y equiparación de oportunidades, aspectos relacionados con las variables intermedias tipo de vivienda y su condición, se menciona que en general las viviendas de las personas con discapacidad carecen de las condiciones mínimas para asegurar una vida sin riesgos e independiente, el acceso a la vivienda y el desplazamiento en su interior se convierten en dos de los principales problemas para acceder a las actividades cotidianas [57].

Santos, en su estudio planteó como objetivo revisar la información relevante sobre el tema de los Determinantes y las Desigualdades Sociales en las Políticas de Salud mediante revisión documental y bibliográfica on-line y en formato electrónico sobre el tema, planteó como conclusiones que se necesitan procesos de investigación sobre los determinantes sociales, más abarcadores y sustentados en buenas evidencias. También, reconoció la utilidad de estas investigaciones para tomar decisiones, orientadas a solucionar los problemas de salud con enfoques aproximativos a sus Determinantes y no exclusivamente desde la atención médica, como temas de

investigación, refiere a la etnia como un factor condicionante de la desigualdad social en salud, ya que pertenecer a una etnia – etnia puede limitar las posibilidades de ascenso social y consecuentemente restringir el acceso a los servicios de salud, educación, vivienda y saneamiento entre otros beneficios sociales [58]. Para Wilkinson citado por Santos, *“el valor analítico de la variable raza o etnia, se ha malinterpretado. No se trata de que una persona sea blanca, negra para ser vulnerable a determinada enfermedad, sino que las diferencias genéticas hacen vulnerables a las personas frente a los factores de riesgo que ocasionan dicha enfermedad”* [24, 58].

Existen estudios que relacionan los determinantes sociales y la situación de discapacidad, los cuales permiten hacer un respecto a los resultados obtenidos en el presente estudio:

El documento de Determinantes Socioeconómicos de Discapacidad, tuvo como objetivo analizar la relación entre Discapacidad y los diferentes componentes de la posición socioeconómica. La recolección de datos se realizó con entrevista cara a cara (268.873 personas, 73.720 hogares) [59].

Este estudio contribuyó a la comprensión de la magnitud de discapacidad en Chile y cómo diferentes ámbitos de posición socioeconómica podrían estar asociados con la prevalencia de estas condiciones. La discapacidad continúa siendo un complejo problema multidimensional de la salud pública en Chile, que requiere la inclusión de una amplia gama de factores de riesgo, de los cuales la posición socioeconómica ocupa un lugar muy importante. Aporta teóricamente citando a Bartley que se refiere a evidencias de causas y destaca la inequidad en salud, y relaciones con ingreso, calidad de vida, recursos en contraste con la dimensión psicosocial indirecta de la posición social, lo cual guarda relación con las variables sociodemográficas relacionadas en el presente estudio y los Determinantes Intermedios [59].

En cuanto a los estudios sobre determinantes sociales y discapacidad [61] se ha planteado que la discapacidad surge cuando las personas en mencionada situación 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.

Finalmente algunas iniciativas de la salud pública para abordar las desigualdades en salud muestran resultados de la investigación sobre los determinantes sociales de la salud, con indicadores tales como el auto-reporte de limitación a largo plazo, la invalidez sin la esperanza de vida ajustados por discapacidad y años de vida siendo tratado como sustitutos de componentes o de la salud, dentro de este ámbito, la discapacidad es tratada como sinónimo de estado de salud, en lugar de entenderse en el contexto de la gama de condiciones sociales y ambientales como factores que sirven a las personas con discapacidad. 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 en situación de discapacidad. Esto demanda acciones concretas en los cuatro puntos de entrada identificados por Diderichsen, Evans y Whitehead [62], para hacer frente a inequidades de la salud, como son el abordar los factores de estratificación social (por ejemplo, asegurar que los niños con discapacidad accedan a la educación efectiva, asegurarse de que los adultos con discapacidad puedan acceder a un empleo gratificante y seguro); la vulnerabilidad diferencial (por ejemplo, mediante la promoción de la resistencia de las personas con discapacidad), y dirección de consecuencias diferenciales (por ejemplo, asegurando que todas las personas en situación de discapacidad tienen igualdad de acceso a una atención sanitaria eficaz).

En Canadá se buscó identificar los factores asociados con la salud propia calificación de las personas con y sin enfermedades crónicas o discapacidad a largo plazo [63], los resultados arrojaron datos como que las variables relacionadas con las enfermedades se asocian con la mala salud, con aportes pequeños pero significativos de factores demográficos y de estilo de vida. Recursos psicológicos, especialmente el dominio de alto y su autoestima, se asocian con una mejor salud de las personas con enfermedades crónicas o discapacidad.

El Instituto Universitario de Estudios Europeos [55], pretende difundir, compartir y debatir públicamente la situación de la accesibilidad en España. Analiza las políticas e instrumentos de promoción desarrollados en los últimos años, y considera las necesarias reformas o iniciativas que permitan avanzar en el proceso de supresión de todo tipo de barreras: arquitectónicas, urbanísticas, en el transporte, la comunicación e información, etc. Los contenidos desarrollados en este libro son el resultado de un trabajo de investigación realizado conjuntamente con el Instituto Universitario de estudios europeos de la universidad Autónoma de Barcelona y expertos, una vez diagnosticado el estado de la accesibilidad en España, se establecen las bases para la realización de un plan de accesibilidad.

El primer estudio nacional en discapacidad en Chile, recoge nueva y relevante información acerca de las condiciones de la discapacidad de la población acercándose a un mayor dialogo estadístico con estándares internacionales hoy vigentes. Tuvo como objetivo conocer la prevalencia de la discapacidad en sus diversos tipos y grados y la medida en que esta condición afecta a las personas en las distintas dimensiones de la vida, en términos de su funcionalidad, y relación con el entorno, participación social y conocer la estructura y distribución de la población que presenta alguna discapacidad definiendo perfiles de necesidades y factores de riesgo asociados según distribución geográfica de edad, sexo, a su vez identificar las dificultades que dan lugar a dichas discapacidades, y las causas que han generado dichas deficiencias. Igualmente, conocer las consecuencias personales, familiares, comunitarias y socioculturales que tiene un estado negativo de salud y cómo éstas ponen en situación de desventaja a quienes son afectados por dichas enfermedades y deficiencias [56].

Este estudio aporta la aplicación de las bases teóricas referentes al nuevo concepto de discapacidad, de acuerdo a la clasificación internacional del funcionamiento y discapacidad CIF que describe aspectos del funcionamiento de las personas que resultan de la interacción del individuo y su entorno desde la perspectiva biológica, individual y social [47].

El plan nacional de igualdad y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. Bolivia 2006, realizó un proceso de información, consulta y validación a partir de entrevistas, talleres, mesas de trabajo y otros eventos con autoridades, instituciones y organizaciones de y para personas con discapacidad a nivel nacional, con tendencia a la apropiación y legitimación de este importante documento, se basó en el principio de igualdad de oportunidades y condiciones, la normalización y autodeterminación, con cinco grandes áreas de intervención: Sociedad (entorno social y cultural), derechos sociales (educación, salud y vivienda); derechos económicos (trabajo), desarrollo personal y social (accesibilidad integral, autonomía personal, participación e investigación), desarrollo institucional y organizacional (fortalecimiento institucional y organizacional) [57].

El Plan establece lineamientos básicos para que los distintos actores estatales y sociales del ámbito nacional, departamental y municipal aporten responsablemente en la construcción de una sociedad más justa, inclusiva y humana para las personas en situación de discapacidad, donde se garantice un acceso equitativo a los servicios. Este estudio hace referencia a igualdad y equiparación de oportunidades, aspectos relacionados con las variables intermedias tipo de vivienda y su condición, se menciona que en general las viviendas de las personas en situación de discapacidad carecen de las condiciones mínimas para asegurar una vida sin riesgos e independiente, el acceso a la vivienda y el desplazamiento en su interior se convierten en dos de los principales problemas para acceder a las actividades cotidianas [57].

Santos [58] planteó como objetivo revisar la información relevante sobre el tema de los Determinantes y las Desigualdades Sociales en las Políticas de Salud mediante revisión documental y bibliográfica on-line y en formato electrónico sobre el tema. Planteó como conclusiones que se necesitan procesos de investigación sobre los determinantes sociales, más abarcadores y sustentados en buenas evidencias. También, reconoció la utilidad de estas investigaciones para tomar decisiones, orientadas a solucionar los problemas de salud con enfoques aproximativos a sus Determinantes y no exclusivamente desde la atención médica, como temas de investigación, refiere a la

etnia como un factor condicionante de la desigualdad social en salud, ya que pertenecer a una raza – etnia puede limitar las posibilidades de ascenso social y consecuentemente restringir el acceso a los servicios de salud, educación, vivienda y saneamiento entre otros beneficios sociales [58] para Wilkinson citado por Santos, *“el valor analítico de la variable raza o etnia, se ha malinterpretado. No se trata de que una persona sea blanca, negra para ser vulnerable a determinada enfermedad, sino que las diferencias genéticas hacen vulnerables a las personas frente a los factores de riesgo que ocasionan dicha enfermedad”* [24, 58]

Los hallazgos de este estudio facilitan el análisis de los determinantes estructurales sociodemográficos tales como la etnia, y aporta bases teóricas en el análisis de conceptos dados por Wilkinson, Diderichsen y Hallqvist que destacan que el contexto social conduce a diferencias en la posición social , lo cual determina oportunidades en el ámbito de la salud [58].

El estudio determinantes socioeconómicos de discapacidad, realizado en Chile 2011 tuvo como objetivo: analizar la relación entre Discapacidad y los diferentes componentes de la posición socioeconómica: ambos con las medidas clásicas (ingresos, ocupación y educación) y estándares de vida a nivel material en Chile. En su metodología se describe el análisis transversal de una encuesta CASEN 2006 basada en la población de Chile. Se analizó cualquier tipo de Discapacidad como variable dicotómica y seis diferentes tipos de Discapacidad con base en su relación a los quintiles de entrada, situación laboral, nivel educativo y los niveles de vida material (calidad de la vivienda, tasa de hacinamiento y condiciones sanitarias). Este estudio contribuyó a la comprensión de la magnitud de discapacidad en Chile y cómo diferentes ámbitos de posición socioeconómica podrían estar asociados con la prevalencia de estas condiciones. La discapacidad continúa siendo un complejo problema multidimensional de la salud pública en Chile, que requiere la inclusión de una amplia gama de factores de riesgo, de los cuales la posición socioeconómica ocupa un lugar muy importante [59].

Teóricamente aporta citando a Bartley que se refiere a evidencias de causas y destaca la inequidad en salud, y relaciones con ingreso, calidad de vida, recursos en contraste con la dimensión psicosocial indirecta de la posición social, lo cual guarda relación con las variables sociodemográficas relacionadas en el presente estudio y los determinantes intermedios [59].

5. 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.

Tabla 1.

Operacionalización de variables

Tipo de Determinante	Determinante	Definición	Indicador	Índice	Escala
Sociodemográficos					
Estructurales	Genero	Tipo de relaciones o condiciones del ser hombre o mujer con base en las características, los roles, y las oportunidades que el grupo social asigna a cada uno de aquellas y aquellos	Masculino Femenino	0 1	Nominal
	Edad	Número de años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de encuesta	Edad cumplida en años	Años	Razon
	Nivel Educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	-Ninguno -Preescolar incompleto -Preescolar completo -Básica Primaria incompleta -Básica Primaria completa -Básica Secundaria incompleta -Básica Secundaria completa -Técnico o tecnólogo incompleto -Técnico o tecnólogo completo -Universitario sin titulo -Universitario con titulo -Posgrado incompleto -Postgrado completo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Ordinal
	Etnia	Grupo humano cuyos caracteres morfológicos se perpetúan por herencia. Estos caracteres pueden no coincidir con los somáticos,	Negro Raizal Palenquero Gitano Indígena	1 2 3 4 5	Nominal

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Tipo de Determinante	Determinante	Definición	Indicador	Índice	Escala
		lingüísticos y culturales, que constituyen unidades denominadas	Mestizo u otro diferente	6	
	Tipo de área	Tipo de área donde reside	Cabecera Centro poblado Rural disperso	0 1 2	Nominal
	Estratificación socioeconómica (Estrato social)	Nivel de clasificación del inmueble de la población.	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6 Sin respuesta	1 2 3 4 5 6 9	Ordinal
	Actualmente participa en alguna organización	Persona que asiste a algún grupo de naturaleza y difusión de un bien común	Si No	1 2	Nominal
	Barreras en vivienda o entorno físico	Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales del entorno físico.	Dormitorio Sala comedor Baños Escaleras Pasillos y patios Andenes aceras Calles, vías Parques, plazas estadios, teatros, iglesia Paraderos, terminales de transporte Vehículos de transporte público Centros educativos Lugares de trabajo Centros de salud, hospitales Centros comerciales, tiendas, plaza de mercado Otros lugares Ninguno	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	Nominal
	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 Actitudes negativas de amigos y compañeros Actitudes negativas de vecinos Actitudes negativas de funcionarios, empleados Actitudes negativas de otras personas Actitudes negativas de nadie	1 2 3 4 5 6	Nominal
	Origen de la	Conoce las causas o	Si	0	Nominal

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Tipo de Determinante	Determinante	Definición	Indicador	Índice	Escala
	discapacidad	comienzo de la discapacidad	No	1	
Intermedios	Consecuencia de la discapacidad	Hecho o acontecimiento que se deriva o resulta de otro	Condiciones de salud de la madre	1	Nominal
			Complicaciones en el parto	2	
			Enfermedad general	3	
			Alteración genética hereditaria	4	
			Lesión autoinfligida	5	
			Enfermedad profesional	6	
			Consumo de psicoactivos	7	
			Desastre natural	8	
			Accidente	9	
			Víctima de violencia	10	
			Conflicto armado	11	
			Dificultades en la prestación	12	
			Otra causa	13	
			No sabe cuál es el origen	14	
	Enfermedad profesional	Aquella que es contraída como consecuencia del trabajo ejecutado	Medio ambiente físico en lugar de trabajo	1	Nominal
			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	Nominal
			Psicoactivos no aceptados socialmente	2	
	Por desastres naturales	Alteraciones intensas del medio ambiente	Terremoto	1	Nominal
			Inundación	2	
			Deslizamiento	3	
			Otro desastre	4	
	Por accidente	Algo que sucede de manera inesperada	De tránsito	1	Nominal
			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	Al interior del hogar	1	Nominal
			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	Nominal
			Bomba	2	
			Minas antipersona	3	
			Otro tipo de arma	4	
	Dificultades en	Inconvenientes para recibir beneficios de apoyo en salud	Atención médica inoportuna	1	
				2	

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Tipo de Determinante	Determinante	Definición	Indicador	Índice	Escala
	la prestación del servicio de salud		Equivocaciones en el diagnóstico Formulación o aplicación equivocada de medicamentos Deficiencia en la calidad de atención Otra	3 4 5 6	Nominal
	Afiliación a SSSG	Un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, a cargo del Estado	-Contributivo -Subsidiado -Régimen especial -Vinculado -Ninguno -No sabe	1 2 3 4 5 6	Nominal
	Circunstancias materiales: Trabajo.	Actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses	Trabajando Buscando trabajo Incapacitado permanente para trabajar sin pensión Incapacitado permanente para trabajar con pensión Estudiando Realizando oficios del hogar Recibiendo renta Pensionado-jubilado Realizando actividades de autoconsumo Otra actividad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nominal
	Trabajo realizado	Actividad humana libre ya sea material o intelectual, permanente o temporal	Obrero-empleado del gobierno Obrero-empleado particular Jornalero-peón Patrón o empleador Trabajador por cuenta propia Empleado doméstico Trabajador familiar sin remuneración	1 2 3 4 5 6 7	Nominal
	Capacidad para trabajo afectada por discapacidad	Dificultades para desempeño laboral por la discapacidad	Si No	1 2	Nominal
	Ingreso mensual promedio	Dinero que recibe un trabajador por servicios prestados	Pesos	Pesos	Razón
	Actividad económica actual	Ocupación que le genere algún producto, bien o servicio	Industria Comercio Agrícola Pecuaria	1 2 3 4	Nominal

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Tipo de Determinante	Determinante	Definición	Indicador	Índice	Escala
			Servicios	5	
			Otra	6	
	Tipo de vivienda	Espacio físico cuya principal razón es la de ofrecer refugio y descanso.	Casa Apartamento Cuarto Institución pública Institución privada Calle Otro tipo de vivienda	1 2 3 4 5 6 7	Nominal
	Condición de vivienda	Condición de tenencia de la vivienda	Arriendo o subarriendo Propia y la está pagando Propia pagada De un familiar sin pagar arriendo De un tercero sin pagar arriendo Otra Habitante de la calle	1 2 3 4 5 6 7	Nominal
	Servicios de Rehabilitación	Recuperación de la discapacidad	Si No	1 2	Nominal
	Factores de recuperación	Situaciones que favorecen la recuperación	No sabe Si No	0 1 2	Nominal
	Tipo de rehabilitación ordenada	Tipo de servicio de salud recibido	Medicina física y de Rh Psiquiatría Fisioterapia Fonoaudiología Terapia ocupacional Optometría Psicología Trabajo social Medicamentos permanentes Otro tipo de Rh Ninguno	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	Nominal
	Asistencia actual a Rh	Asistencia a los servicios de rehabilitación.	Si No	1 2	Nominal
	Quien paga la Rh	Persona quien responde económicamente con el pago de los servicios de rehabilitación recibidos	SGSS Familia Personalmente ONG Empleador Otro	1 2 3 4 5 6	Nominal
	Tipo de establecimiento de Rh	De carácter público o privado	Publico Privado No sabe	1 2 3	Nominal
		Razones por las cuales no	Ya termino la	1	

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Tipo de Determinante	Determinante	Definición	Indicador	Índice	Escala
	Porque no recibe rehabilitación	recibe rehabilitación.	rehabilitación. Cree que ya no lo necesita. No le gusta. Falta de dinero. Lejanía del centro de atención. No hay quien lo lleve. No sabe.	2 3 4 5 6 7	Nominal
	Años sin Rh	Hace cuanto tiempo no recibe rehabilitación.	Años	Dato	Razón

Tabla 2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Componentes de la Discapacidad: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación

Variable	Subvariable	Definición	Indicador	Índice	Escala
Componentes de Discapacidad	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	Nominal
			Los ojos	2	
			Los oídos	3	
			Los demás órganos de los sentidos	4	
			La voz y el habla	5	
			El sistema cardiorespiratorio 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	Nominal
			Para ver	2	
			Para oír	3	
			Para percibir olores y sabores	4	
Para hablar y comunicarse			5		
Para movilizarse			6		
Para masticar, tragar, asimilar alimentos			7		
Para tener relaciones sexuales			8		
Para caminar, correr, saltar			9		
Para mantener piel, uñas, cabellos sanos			10		
Para relacionarse con los demás			11		
Para llevar, mover, utilizar con las manos			12		
Para caminar, mantener la 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	Nominal	
		Con la comunidad	2		
		Religiosas	3		
		Productivas	4		
		Deportivas	5		
		Culturales	6		
		Educación no formal	7		
		Ciudadanas	8		
		Otras	9		

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

El estudio que se desarrolló tiene un enfoque empírico – analítico de tipo descriptivo, en el cual se conto con datos facticos a partir de los cuales se caracterizo comportamientos externos del objeto de la realidad estudiada. Es con una fase correlacional que pretende establecer el grado de correlación entre las variables pero sin pretender dar una explicación completa (de causa - efecto) al fenómeno investigado. Este se expresa mediante un coeficiente de correlación 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 la ciudad de Barranquilla.

6.2 Población y muestra

El estudio no conto con una muestra sino con la población universo que corresponde a una base de datos con 726 registros de personas con discapacidad de la ciudad de Barranquilla, identificadas en el registro de caracterización y localización de personas con discapacidad de la ciudad año 2005, con datos recolectados a diciembre de 2011, haciendo la salvedad de que el registro se encuentra en continua actualización.

6.3 Criterios de Inclusión

El estudio incluyo la población total del registro existente en la base de datos, el cual tenía la información completa actualizada a septiembre de 2011 de la ciudad de Barranquilla. Los criterios de inclusión son todos los censados como personas con discapacidad de la ciudad de Barranquilla.

6.4 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 la Universidad Autónoma de Manizales por la Secretaria de Salud de Barranquilla. 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.

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 empleo 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 y se establecieron los coeficientes de correlación de la siguiente manera: Phi para las variables de escala dicotómica, Coeficiente de Contingencia para las tablas asimétricas y Tau c de Kendall para las variables ordinales con tablas asimétricas, que corroboraron dicha asociación a partir de niveles de dependencia.

7. DISPOSICIONES VIGENTES

Por el tipo de estudio el proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales mediante acta No. 20 de mayo de 2011 con consentimiento de instituciones y aprobación para la utilización de la información de la base de datos de la ciudad de Barranquilla, la cual ya había sido elaborada por el DANE.

El proyecto de acuerdo a lo estipulado por la declaración de Helsinki y la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud, se clasifica como una investigación sin riesgo, en razón que no se hizo manipulación de los participantes en el estudio, solo se contó con la información de la base de datos, siendo el proceso una valoración por observación y medición, aspectos que no atentan contra la integridad física y mental de las personas [60].

Por el tipo de estudio desarrollado no fue necesario el consentimiento informado pero se contó con el consentimiento de las instituciones que suministraron la información solo para fines académicos.

8. RESULTADOS

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 19, con licencia adquirida por la Universidad Autónoma de Manizales. Para la descripción del comportamiento de las variables incluidas en el estudio, se utilizaron tablas estadísticas de distribución de frecuencias, que permiten estimar las frecuencias absolutas y relativas correspondientes. Para ello, se inició con el análisis descriptivo univariado con el propósito de obtener un panorama general del comportamiento de cada una de ellas en la población de estudio y de acuerdo con su clasificación (cuantitativa o cualitativa). Este análisis se interpretó de acuerdo a los términos empleados en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del DANE 2005 [9].

Se hizo la interpretación de los resultados del análisis bivariado, 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 todos 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 (≤ 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 tablas asimétricas y Tau c de Kendall 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).

8.1 Análisis Univariado

8.1.1 Determinantes Sociales de la Salud Estructurales

Tabla 3.

Distribución de determinantes estructurales socio demográficos

	n= 726	
Género	Frecuencia	%
Masculino	397	54,8
Femenino	328	45,2
Edad	Frecuencia	%
Infancia	126	17,4
Juventud	138	19,0
Adulto Joven	151	20,8
Adulto Medio	206	28,4
Vejez	105	14,5
Nivel educativo	Frecuencia	%
Preescolar	48	6,6
Primaria	167	23,0
Secundaria	142	19,6
Técnico, tecnológico	35	4,8
Universitario	20	2,8
Postgrado	9	1,2
Ninguno	305	42,0
Etnia	frecuencia	%
No sabe, no responde	24	3,3
Negro(a) afrodescendiente	40	5,5
Raizal del archipiélago	20	2,8
Palenquero	4	0,6
Indígena	2	0,3
Mestizo u otro diferente	636	87,6
Área	frecuencia	%
Cabecera	436	60,1
Centro poblado	256	35,3
Rural disperso	25	3,4
No sabe	9	1,2
Estrato	frecuencia	%
Estrato 1	503	69,3

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Estrato 2	78	10,7
Estrato 3	136	18,7
Estrato 4	6	0,8
Estrato 5	3	0,4

Nótese en la tabla anterior como el mayor porcentaje de los registros 54,7%, corresponden al género masculino, 1 de cada 4 registros viven en la cabecera y el 3,6% son rurales dispersos. El 80% son de estratos 1 y 2. En cuanto a la edad el promedio fue de 38 años, +/- 23,12, el 28,4% corresponde al ciclo vital adulto medio siendo el mayor porcentaje, seguido de adulto joven con 20,8%. El 87,6% son de etnia mestiza, el 40% no tienen estudios, el 26,2% corresponde a personas que han estudiado primaria, el 20% secundaria y el 1,2% han alcanzado nivel de postgrado.

Tabla 4.

Distribución de los determinantes estructurales: barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía

	n = 726	
Actitudes negativas de	Frecuencia	%
Familiares	80	11,0
Amigos, compañeros	33	4,5
Vecinos	19	2,6
Funcionarios, empleados	2	0,3
Otras personas	17	2,3
Nadie	545	75,1
Barreras en Vivienda o entorno físico ^a	Frecuencia	%
Barreras en Dormitorio	87	12,0
Barreras en Sala comedor	70	9,6
Barreras en Baño, sanitario	175	24,1
Barreras en Escaleras	143	19,7
Barreras en Pasillos, patios	79	10,9
Barreras en Andenes, aceras	122	16,8
Barreras en Calles, vías	234	32,2
Barreras en Parques, plazas, estadios, iglesias	117	16,1
Barreras en Paraderos, terminales	86	11,8
Barreras en Vehículos de transporte público	144	19,8
Barreras en Centros educativos	57	7,9
Barreras en Lugares de trabajo	34	4,7
Barreras en Centros de salud, hospitales	77	10,6
Barreras en Centros comerciales, tiendas, plazas	115	15,8
Barreras en Otros lugares	37	5,1
Ninguna	233	32,1

a. El cuestionario permite marcar más de una respuesta, por lo cual la suma de porcentajes no coincide con n=726

En lo referente a actitudes negativas los datos indican que nadie les demuestra actitudes negativas en un 75,1%, los familiares demuestran estas conductas en el 11% y en menor porcentaje los empleados o funcionarios 0,3%. Se encontró que la barrera originada en las calles y vías es la de mayor porcentaje 32.2%, le sigue en orden baños

y sanitarios con un 24% y en último lugar se ubica la barrera originada en lugares de trabajo con 4.7%.

Tabla 5.

Distribución de los determinantes sociales estructurales: origen de la discapacidad

	n = 726	
Origen de la discapacidad	Frecuencia	%
Conoce el origen de la discapacidad: si	561	77,3
Conoce el origen de la discapacidad: no	165	22,7
Consecuencia de la discapacidad^a	Frecuencia	%
Consecuencia de: Condiciones de salud madre gestante	100	13,8
Consecuencia de: Complicaciones en el parto	52	7,2
Consecuencia de: Enfermedad general	137	18,9
Consecuencia de: Alteración genética, hereditaria	82	11,3
Consecuencia de: Lesión autoinfligida	6	0,8
Consecuencia de: Enfermedad profesional	18	2,5
Consecuencia de: Consumo de psicoactivos	2	0,3
Consecuencia de: Desastre natural	2	0,3
Consecuencia de: Accidente	79	10,9
Consecuencia de: Víctima de violencia	14	1,9
Consecuencia de: Dificultades en la prestación de servicios de salud	23	3,2

a. El cuestionario permite marcar más de una respuesta, por lo cual la suma de porcentajes no coincide con n=726

En lo referente a origen de la discapacidad el 77,3 % de los registros refieren conocerlo, en ellos la consecuencia de la discapacidad más frecuente es la atribuida a enfermedad general con 18.9%, seguido de condición de salud de la madre gestante en un 13.8%, y consumo de psicoactivos y desastre natural en un 0,3%.

8.1.2 Determinantes Sociales de la Salud intermedios

Tabla 6.

Distribución de los determinantes intermedios: afiliación al SGSSS

	n = 726	
Afiliación a salud	Frecuencia	%
Sí	623	85,8
No	103	14,2
Tipo de afiliación	Frecuencia	%
Contributivo	162	22,3
Subsidiado	442	60,9
Régimen especial	6	0,8
Vinculado	10	1,4
Ninguno	28	3,9
No sabe	78	10,7

Del total de la población el 85,8% está afiliado a seguridad social en salud, de estos el 60,9% está en el régimen subsidiado, seguido del 22,3% afiliado al régimen contributivo y 0,8% al régimen especial, existen algunos que no conocen su tipo de afiliación 10,7%

Tabla 7.

Distribución de determinantes intermedios: condiciones materiales de trabajo

	n = 726	
En los últimos seis meses ha estado	Frecuencia	%
Trabajando	46	6,3
Buscando trabajo	42	5,8
Incapacitado permanente para trabajar	162	22,3
Incapacitado para trabajar con pensión	17	2,3
Estudiando	42	5,8
Oficios del hogar	67	9,2
Pensionado, jubilado	13	1,8
Actividades de autoconsumo	15	2,1

Otra actividad	77	10,6
No sabe	245	33,7
En el trabajo se desempeña como:	Frecuencia	%
Obrero empleado gobierno	9	1,2
Obrero empleado particular	10	1,4
Jornalero o peón	2	0,3
Patrón o empleador	2	0,3
Trabajador independiente	43	5,9
Empleado doméstico	3	0,4
Trabajador familiar sin remuneración	12	1,7
No sabe	645	88,8
¿Su discapacidad influye en su trabajo?	Frecuencia	%
Sí	413	56,9
No	88	12,1
No sabe	225	31,0
Ingreso personal disponible	Frecuencia	%
Sin salario	590	81,3
Un salario mínimo o menos	83	11,4
Hasta dos salarios mínimos	48	6,6
Hasta tres salarios mínimos	5	0,7

En la tabla anterior se observa que el 22,3% se encuentran incapacitados permanentes para trabajar en los últimos seis meses, el 6,3% se encuentran trabajando y el 9,2% se desempeñan en oficios del hogar, el 10,6% se desempeñan en otra actividad no especificada. En el trabajo se han desempeñado como trabajador independiente en un 5,9% y como trabajador familiar sin remuneración el 1,7%. En cuanto al ingreso personal disponible se encuentra que el 81,3% no tienen un salario y solo el 11,4% reciben un salario mínimo o menos, el 6,6% reciben hasta dos salarios mínimos. El ingreso mensual promedio de las personas que laboran es de \$73.616,76 +/-18.2398, 3. El 56,9% de la población manifiesta que su discapacidad influye en su trabajo, y el 12,1% dicen no presentar dificultad por su condición de discapacidad y el 31% no saben si influye o no.

Tabla 8.

Distribución de determinantes sociales intermedios: tipo de vivienda y su condición

	n = 726	
Tipo de vivienda	Frecuencia	%
Casa	538	74,1
Apartamento	139	19,1
Cuarto	31	4,3
Institución pública	2	0,3
Otro tipo de vivienda	9	1,2
No sabe	7	1,0
	n = 726	
Condición de vivienda	Frecuencia	%
Arriendo o subarriendo	93	12,8
Vivienda propia y la está pagando	60	8,3
Vivienda propia totalmente pagada	353	48,6
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	183	25,2
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	19	2,6
No sabe	11	1,5

El tipo de vivienda que habitan las personas con discapacidad corresponde a casas con un 74,1% y el 19,1% a apartamento, muy pocos en cuartos 4,3%, instituciones públicas 0,3%. En cuanto a las condiciones de vivienda el 48,6% viven en vivienda propia totalmente pagada, el 25,2% en vivienda de un familiar sin pagar arriendo y el 12,8% viven en arriendo o subarriendo.

Tabla 9.

Distribución de los determinantes sociales intermedios: servicios de rehabilitación

	n = 726	
Diagnóstico oportuno	Frecuencia	%
Lo diagnosticaron oportunamente	487	67,1
No sabe	35	4,8
Servicios de rehabilitación	Frecuencia	%
Medicina física, rehabilitación	142	19,6
Psiquiatría	90	12,4
Fisioterapia	231	31,8
Fonoaudiología	125	17,2
Terapia ocupacional	95	13,1
Optometría	67	9,2
Psicología	112	15,4
Trabajo social	59	8,1
Medicamentos permanentes	170	23,4
Otro tipo	46	6,3
Ninguno	176	24,2
Asistencia a rehabilitación	Frecuencia	%
Sí	116	16,0
No	427	58,8
No sabe	183	25,2
Quién paga la rehabilitación	Frecuencia	%
El sistema general de salud	110	15,2
La familia	66	9,1
Personalmente	5	0,7
Una ONG	9	1,2
El empleador	5	0,7
Otro	10	1,4
No sabe	521	71,8
Establecimiento de rehabilitación	Frecuencia	%
Público	71	9,8
Privado	76	10,5
No sabe	579	79,7
Por qué no recibe rehabilitación	Frecuencia	%
Porque ya terminó	40	5,5

	n = 726	
Porque cree que no la necesita	38	5,2
Porque no le gusta	28	3,9
Porque le falta dinero	290	39,9
Porque le queda muy lejos	85	11,7
Porque no hay quien lo lleve	42	5,8
No sabe	202	28,0

La tabla anterior muestra que el 67,1% fueron diagnosticados oportunamente, el 31,8% tienen servicios de fisioterapia, el 24,2% no tienen acceso a ningún servicio de rehabilitación, el 23,4% tienen servicio para medicamentos, el 19,6% tienen atención en medicina física y rehabilitación, el 17,2% acceden a servicios de fonoaudiología, el 15,4% a servicios de psicología y el 13,1% acceden a terapia ocupacional. Sin embargo el 16% asisten a los servicios de rehabilitación. De quienes acceden a los servicios de rehabilitación el 15,2% se los paga el sistema general de salud, a el 9,1% lo asume la familia. El 10,5% asisten a los servicios de salud en un establecimiento de rehabilitación privado, el 79,7% no sabe a qué tipo de establecimiento asiste. La demás población que no accede a los servicios de rehabilitación manifiesta en un 39,9% que es por falta de dinero, el 15,6% no sabe la causa y el 11,7% porque le queda muy lejos, porque ya terminó o porque cree que no lo necesita 5,5% Y 5,2% respectivamente.

Tabla 10.

Caracterización de los componentes de discapacidad según la CIF parte I

Según CIF	Sí	%	No	%
Deficiencia	726	100.0	0	0
Limitación	695	95.7	31	4,3
Restricción	662	91.2	64	8,8

La tabla 10 indica que el 100% de la población tiene alguna deficiencia y por tanto aparece dentro de la base de datos de discapacidad (variable que representa una constante en este estudio), de las cuales la mayoría de las personas presentan dificultades en las actividades con un 95,7% y finalmente el 91,3% presentan restricción en la participación.

Tabla 11. Componentes de la discapacidad según la CIF parte I

Alteraciones permanentes	Frecuencia	%
Del sistema nervioso central	296	40,8
De los ojos	169	23,3
De los oídos	113	15,6
Del olfato, tacto y gusto	30	4,1
De la voz y el habla	287	39,5
Del sistema cardiorrespiratorio y defensas	79	10,9
De la digestión el metabolismo y las hormonas	50	6,9
Del sistema genital y reproductivo	30	4,1
Del movimiento manos, brazos, piernas	385	53,0
De la piel	44	6,4
Otra alteración permanente	33	4,5
Dificultades en la actividad	Frecuencia	%
Pensar, memorizar	258	37,4
Percibir la luz, distinguir objetivos a pesar de usar lentes	107	15,5
Oír aún con aparatos especiales	52	7,5
Distinguir sabores u olores	36	5,2
Hablar y comunicarse	282	40,9
Desplazarse por problemas respiratorios o del corazón	74	10,7
Masticar, tragar, asimilar los alimentos	69	10,0
Retener o expulsar la orina, relaciones sexuales	97	14,1
Caminar, correr, saltar	362	52,5
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	47	6,8
Relacionarse con las demás personas y entorno	142	20,6
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	146	21,2
Cambiar y mantener posiciones del cuerpo	148	21,5
Alimentarse, asearse y vestirse	184	29,7
Restricción en la participación	Frecuencia	%
Con la familia y amigos	332	45,7
Con la comunidad	135	18,6
Religiosa o espiritual	183	25,2
Productiva	27	3,7
Deportiva	57	7,9
Cultural	35	4,8
Educación no formal	9	1,2
Ciudadana	13	1,8
¿Participa en alguna organización	Frecuencia	%
Sí	68	9,4
No	103	14,2
No sabe	555	76,4

En la tabla anterior se pudo observar que el mayor porcentaje 53% representa la población con alteraciones permanentes del movimiento de manos, brazos y piernas, por lo tanto es coherente encontrar en limitaciones en la actividad el mayor porcentaje en dificultades para caminar, correr y saltar con el 52,5% seguido de dificultades para hablar y comunicarse con un 40,9%, en dificultades para relacionarse llama la atención que no se encuentra alto porcentaje 19,6%. En restricciones en la participación se resalta que el 30% de la población expresa no tener restricciones en la participación y de estos que tienen la restricción el mayor porcentaje es con la familia y amigos 45,7%. Cabe aclarar que de la población en estudio solamente el 41% presentan una sola deficiencia, la población restante padecen más de dos, igualmente sucede para las limitaciones en la actividad siendo el 34,6% que presentan una sola limitación en la actividad y para las restricciones en la participación 3.4% manifiestan tener solo una restricción.

8.2 Análisis bivariado

Para este análisis se realizaron los cruces con cada uno de los componentes de la discapacidad, a excepción de deficiencia (la cual es una constante y los resultados no serán significativos), y algunos de los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios, teniendo en cuenta la relevancia de su comportamiento de acuerdo a los antecedentes estudiados y la coherencia en relación a la realidad vivida. De esta manera se concluye que todos los determinantes estructurales pueden estar relacionados con las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación soportados en los referentes teóricos mencionados, a excepción de origen de la discapacidad y su consecuencia debido, a que el conocer esta información no necesariamente determina una modificación de las limitaciones y restricciones en la participación. Igualmente se cruzan los determinantes intermedios excepto el trabajo u ocupación a la cual se dedica, solo es interés del estudio saber si labora o no y esto como puede influir en los componentes de la discapacidad, la asistencia actual a servicios de rehabilitación, quien paga la rehabilitación, tipo de establecimiento donde recibe rehabilitación, porque no recibe rehabilitación, y años sin recibir rehabilitación tampoco se cruzan en tanto que con el cruce de la variable tipo de rehabilitación obtenemos información de cómo se comporta la variable rehabilitación con los componentes de la discapacidad.

8.2.1 Determinantes sociales estructurales y las limitaciones en la actividad.

Tabla 12.

Determinantes sociales estructurales género, ciclo vital, nivel educativo y las limitaciones en la actividad

Tabla de contingencia Género/ tiene limitación						
Genero	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%	Chi2	P
Masculino	17	54.8	381	54.8	0.998	1,000
Femenino	14	45.2	314	45.2		
Total	31	54.8	695	45.2		
Tabla de contingencia Edad ciclo vital /tiene limitación						
Edad ciclo vital	Tiene limitaciones				Chi2	p
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%		
Infancia	6	19.4	120	17.3	1,326	0,723
Juventud	10	32.3	128	18.4		
Adulto Joven	7	22.6	144	20.7		
Adulto medio	6	19.4	200	28.8		
Vejez	2	6.5	103	14.8		
Total	31	4,2	695	95,8		
Tabla de contingencia Nivel educativo / tiene limitación						
Nivel Educativo	Tiene limitación				Chi2	P
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%		
Ninguno	10	32.3	295	42.4	1,326	0.723
Preescolar	4	12.9	44	6.3		
Primaria	7	22.6	160	23.0		
Secundaria	7	22.6	135	19.4		
Téc./Tgico.	2	6.5	33	4.7		
Universitario	1	3.2	19	2.7		
Postgrado	0	0.0	9	1.3		
Total	31	4,2	695	95,8		

Al analizar el género con las limitaciones en la actividad, se encontraron porcentajes muy similares el 54,8% de los hombres y el 45,2% de las mujeres no presentan limitaciones en la actividad, en iguales porcentajes si presentan limitaciones, al realizar las pruebas estadísticas no se encontró que existe asociación ($X^2:0,998$), ($p=1,000 >$

0,05) lo que determina que son variables independientes.

La forma como se distribuyen los registros según la etapa del ciclo vital y frente a las limitaciones presentadas, se aprecia que la mayor proporción (28.8%) de quienes presentan limitaciones, corresponde a población adulta media, es decir personas con edad entre (21) y (65) años, seguido de un 20.7% que corresponde a población adulta joven, luego se encontró a la población joven con un 18,4%; con un 14.8% la población en el grupo vejez y en una menor proporción se ubica la población del grupo infancia. Resulta interesante evidenciar que las limitaciones en la actividad se presentan en todas las etapas vitales de la población de estudio. En contraste, en la población que no presenta limitaciones en la actividad, la mayor proporción corresponde a jóvenes con un 32.3%, seguido de un 22.6% adultos jóvenes, posteriormente se encontró la población adulta media e Infancia con un 19.4% respectivamente y en menor proporción el grupo vejez con un 6.5%. No se encontró asociación estadísticamente significativa con relación a las etapas de ciclo vital (X^2 1,326), ($p= 0.723 > 0.05$) lo que determina que ninguna modifica a la otra.

Se observo en cuanto al nivel educativo, la población que presenta limitaciones en la actividad, tiene mayor proporción 42.4% y son quienes no demuestran preparación académica alguna, además cerca de 20% solo han culminado estudios de educación media y un 2.7% se ha preparado profesionalmente. Similar situación se presenta en las personas sin limitaciones en la actividad, teniendo en cuenta el 32.3% no ha cursado estudios y cerca del 20% se ha preparado académicamente con estudios medios. Es importante destacar que el nivel de educación no representa asociación estadística significativa con las limitaciones en la actividad observadas (X^2 :1,326) ($p= 0.723 > 0,05$), es decir ninguna modifica a la otra.

Tabla 13.

Determinantes sociales estructurales etnia, área, estrato y las limitaciones en la actividad

Tabla de contingencia Etnia /tiene limitación						
Etnia	Tiene limitación				Chi2	P
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%		
Negro	2	6.5	38	5.5	1.163	0.884
Indígena	0	0.0	2	0.3		
Mestizo	26	83.9	610	87.8		
Otros	1	3.2	23	3.3		
No sabe	2	6.5	22	3.2		
Total	31	4,2	695	95,8		
Tabla de contingencia Área / tiene limitación						
Área	Tiene limitación				Chi2	P
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%		
Ns/Nr	0	0.0	9	1.3	2.272	0.436
Cabecera	15	48.4	421	60.6		
C. poblado	15	48.4	241	34.7		
R. disperso	1	3.2	24	3.5		
Total	31	4,2	695	95,8		
Tabla de contingencia Estrato / tiene limitación						
Estrato	Tiene limitación				Chi2	P
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%		
Estrato Bajo	25	80,6	556	80.0	0.136	0.934
Estrato medio	6	19,6	136	19,6		
Estrato alto	0	0	3	0.4		
Total	31	4,2	695	95,8		

Las limitaciones en las actividades frente al grupo étnico permite observar, que, en quienes presentan limitaciones, la población mestiza tiene una importante representación en el estudio con un 87.8%, acercándose a un 6% se reporto la población afrocolombiana, y en menor proporción se encuentra la población indígena. Con relación a la población sin limitaciones en la actividad, también predomina la población mestiza 83,9%, seguida de la población afrocolombiana y en menores

proporciones la población indígena. Todo indica que la población con discapacidad que presenta o no limitaciones en la actividad, se encuentra en todos los grupos étnicos Afrocolombiano, Indígena, Mestizo y otros. No se encontró asociación estadísticamente significativa ($X^2:1.163$) (p valor: $0.884 > 0.05$) lo que indica que son variables que no se relacionan entre sí.

En cuanto al área de residencia de la población que presenta limitaciones en la actividad, se aprecia un predominio de población urbana (60.6%) al igual que en la población sin limitaciones (48.4%). Esto nos permite identificar que esta población reside en el sector urbano. Al realizar las pruebas estadísticas de Chi cuadrado, no se encontró que exista asociación estadística significativa ($X^2:2.272$) ($p= 0.436 > 0,005$), es decir, no se relacionan entre sí.

En cuanto a la prevalencia de personas con limitaciones en la población de estudio se encontró que el 80% pertenece al estrato bajo, mientras que el 0.4% en menor proporción, se encuentra en el estrato socioeconómico alto, se puede evidenciar que la población con discapacidad en general, y quienes presentan o no limitaciones, en su mayoría pertenecen al estrato socioeconómico de nivel bajo, adicionalmente las pruebas estadísticas de Chi cuadrado no indicaron asociación estadísticamente significativa ($X^2:0.136$) ($p= 0.934$).

8.2.2 Determinantes sociales intermedios y las limitaciones en la actividad

Tabla 134. Determinantes sociales intermedios afiliación a salud, a que se dedicó en los últimos 6 meses, condiciones de vivienda, tipo de vivienda y las limitaciones en la actividad

Tabla de contingencia Afiliación a salud /tiene limitación							
Afiliación a salud	Tiene limitación				Chi2	P	
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%			
No	4	12.9	86	12.4	0.593	0.743	
Sí	27	87.1	596	85.8			
No sabe	0	0.0	13	1.9			
Total	31	4,2	695	95,8			
Tabla de contingencia A qué se dedicó en los últimos 6 meses / tiene limitación							
A qué se dedicó en los últimos 6 meses	Tiene limitación				Chi2	P	
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%			
Trabajar	5	16.1	108	15.5	7.856	0.097	
Estudiar	4	12.9	38	5.5			
Incapacitado	2	6.5	160	23.0			
Otro	10	32.3	154	22.2			
No sabe	10	32.3	235	33.8			
Total	31	4,2	695	95,8			
Tabla de contingencia Condición de vivienda /tiene limitación							
Condición de vivienda	Tiene limitación				Chi2	P	C
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%			
Propia	21	70.0	575	82.7	9.316	0.025	0,113
Arriendo	9	30.0	84	12.1			
Otro	0	0.0	25	3.6			
No sabe	0	0.0	11	1.6			
Total	31	4,2	695	95,8			
Tabla de contingencia Tipo de vivienda / tiene limitación							
Tipo de vivienda	Tiene limitación				Chi2	P	
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%			
Casa	31	100.0	677	97.4	0.823	0.844	
Institucionalizada	0	0.0	2	0.3			
Otro	0	0.0	9	1.3			
No sabe	0	0.0	7	1.0			
Total	31	4,2	695	95,8			

Con relación a la distribución de la población con discapacidad frente al tema de seguridad social, es importante destacar que 85.8% se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud del total de la población que presenta limitaciones, mientras que en un bajo porcentaje 12.4% no la tiene; situación preocupante toda vez que la persona requiera de algún tipo de atención. En similares condiciones la mayor proporción de población sin limitaciones cuenta con afiliación a salud y un bajo porcentaje carece de este beneficio. Al realizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado, no se encuentra asociación estadística significativa (X^2 : 0,593) ($p= 0.743 > 0.05$), las variables no se relacionan entre sí.

Se aprecia que un 16.1% de la población que no tiene limitaciones en la actividad, se encuentra laborando, y muy cercano el porcentaje 15.5% de personas en situación de discapacidad con limitaciones también labora. El 23% de las personas con limitaciones se encuentran incapacitadas para laborar. Se observa que la población sin limitaciones también presenta condiciones de incapacidad en un 6,5%. Las pruebas estadísticas aplicadas de Chi cuadrado, evidencian ausencia de asociación estadística significativa (X^2 :7.856) ($p= 0.097 > 0.05$) sin hallar relación entre las variables. La tabla proporciona información acerca de las condiciones de vivienda de la población en situación de discapacidad, donde un 12.1% de quienes presentan limitaciones, viven en condiciones de arrendamiento; mientras que la mayor proporción, un 82.7% tienen vivienda propia. En similares circunstancias encontramos a la población sin limitaciones quienes en su mayoría también cuentan con vivienda propia 80%, seguido de la población que vive en condiciones de arrendamiento, debiendo destinar de sus ingresos, una proporción para pagar por un sitio donde habitar. Al realizar las pruebas estadísticas Chi cuadrado se encontró asociación estadística significativa (X^2 :9.316) (p valor: 0.025 < 0.05) y según Coeficiente de contingencia (0,113), este establece una dependencia baja.

Con respecto al tipo de vivienda, en la población que presenta limitaciones, se evidencia que la mayor proporción 97.4% habita en una casa, mientras que cerca del 2% habita en otro tipo de inmueble y en la población sin limitantes en su totalidad, cuentan con una casa como sitio para habitar. Esto resulta importante toda vez que se

cuente con un tipo de vivienda adecuado para habitar. Al aplicar las pruebas estadísticas Chi cuadrado no se encuentra asociación estadística significativa ($X^2:0.823$) ($p=0.844$), sin encontrar dependencia entre las variables.

Tabla 15.

Determinantes sociales intermedios tipo de rehabilitación, factores de recuperación, presenta alguna barrera, salario y las limitaciones en la actividad

Tabla de contingencia Tiene un tipo de rehabilitación / tiene limitación							
Tiene un tipo de rehabilitación	Tiene limitación				Chi2	P	Phi
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%			
No	19	61.3	531	76.4	3.690	0.055	-,071
Sí	12	38.7	164	23.6			
Total	31	4,2	695	95,8			
Tabla de contingencia Factores de recuperación / tiene limitación							
Factores de recuperación	Tiene limitación				Chi2	P	
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%			
Servicios de salud recibidos y medicina alternativa	1	3.2	119	17.1	4.199	0.241	
Apoyo familiar, empeño por salir adelante, ayuda de Dios	11	35.5	221	31.8			
Otro	1	3.2	20	2.9			
No sabe, no responde	18	58.1	335	48.2			
Total	31	4,2	695	95,8			
Tabla de contingencia Presenta alguna barrera / tiene limitación							
Presenta alguna barrera	Tiene limitación				Chi2	p	Phi
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%			
Sí	13	41.9	480	69.1	10.02	0.002	-0,117
No	18	58.1	215	30.9	2		

Total	31	4,2	695	95,8		
Tabla de contingencia Salario mensual /tiene limitación						
Salario mensual	Tiene limitación				Chi2	P
	Sin limitaciones	%	Con limitaciones	%		
Sin salario	22	71.0	568	81.7	4.531	0.104
< un salario y hasta 3	8	25.8	123	17.7		
> 3 salarios mínimos	1	3.2	4	0.6		
Total	31	4,2	695	95,8		

La Tabla 15 muestra que las personas que presentan limitaciones en la actividad, 23.6% tienen o han pasado por un proceso de rehabilitación. Cerca del 39% de las personas que no presentan limitaciones; también o se encuentran en algún proceso de rehabilitación de su situación de discapacidad. Al realizar las pruebas estadísticas de Chi cuadrado se encontró asociación marginalmente significativa ($X^2:3.690$) ($p= 0.055$) con una tendencia de correlación inversa de acuerdo al coeficiente (Phi: -0,71).

Se encontró que un 31.8% de la población en situación de discapacidad que presenta limitaciones, recibió ayuda familiar, espiritual y empeño durante su proceso de recuperación, seguido de 17.1% que recibió los servicios de salud y tratamientos con medicina alternativa, mientras que de la población que no presentan limitaciones, un 35.5% afirmaron recibir apoyo espiritual y familiar. Llama la atención que un 58.1%, más de la mitad de la población desconoce o no responde. Las pruebas estadísticas realizadas no evidencian asociación estadísticamente significativa ($X^2:4.199$) ($p= 0.241 > 0.05$) sin encontrar dependencia entre las variables. De las personas que tienen limitaciones en la actividad, cerca del 70% encuentran algún tipo de barreras; y un 41.9%, de quienes no tienen limitaciones en la actividad también encuentran barreras 41,9%. Respecto a las barreras que impiden desarrollar actividades diarias por la población en situación de discapacidad y el tema de limitaciones en la actividad, al realizar la prueba estadística Chi cuadrado, se encontró asociación estadísticamente

significativa ($X^2:10.022$) ($p=0,002 < 0.05$) con tendencia inversa corroborada con la prueba de dependencia Phi (Phi= -0,117).

En la misma tabla se encontró que 81.7% de la población en situación de discapacidad que presenta limitación no percibe ingreso económico alguno, circunstancia preocupante, dado que la mayor proporción de población sin limitación también presenta la misma situación. Las pruebas estadísticas aplicadas no demuestran asociación estadística significativa ($X^2:4.531$) ($p= 0.104 > 0.05$), por lo cual no se encontró relación entre ellas.

8.2.3 Determinantes sociales estructurales y las restricciones en la participación

Tabla 16.

Determinante social estructural género, ciclo vital, nivel educativo y las restricciones en la participación

Tabla de contingencia Género / tiene restricción							
Género	Tiene restricción				Chi2	P	
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Hombre	31	48.4	367	55.4	1.115	0.283	
Mujer	33	51.6	295	44.6			
Total	64	8,81	662	91,1			
Tabla de contingencia Edad ciclo vital / tiene restricción							
Edad ciclo vital	Tiene restricción				Chi2	p	Cont.
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Infancia	29	45.3	97	14.7	48.208	0.000	0.250
Juventud	4	6.3	134	20.2			
Adulto Joven	18	28.1	133	20.1			
Adulto medio	7	10.9	199	30.1			
Vejez	6	9.4	99	15.0			
Total	64	8,81	662	91,1			
Tabla de contingencia Nivel educativo / tiene restricción							

Nivel Educativo	Tiene restricción				Chi2	p	C
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Ninguno	45	70,3	261	39,4	23,478	0.000	0.177
Primaria	12	18,8	202	30,5			
Secundaria	5	7,8	137	20,7			
Superior	2	31,1	62	9,4			
Total	64	8,81	662	91,1			

Con respecto al tema de restricciones en la participación en la población de estudio, se considera son más los hombres 55.4% quienes encuentran restricciones, situación contraria para quienes no presentan restricciones en la participación que en su mayoría son mujeres 51.6%. Al realizar la prueba estadística Chi cuadrado no se evidenció asociación estadísticamente significativa ($X^2:1.115$) ($p= 0.283$), es decir se comportan como variables independientes.

En cuanto a la dimensión restricciones en la participación, el grupo poblacional adulto medio encuentra restricciones con un 30.1%, seguido de la población joven con un 20.2% y en un 15% se presenta en la población mayor, además es importante resaltar que también los adultos medios predominan en el grupo de población en situación de discapacidad, se encuentran sin restricciones en la participación. Al aplicar las pruebas de Chi2 se encontró asociación estadísticamente significativa con débil tendencia entre las dimensiones restricción en la participación y edad por ciclo vital ($X^2: 48.208$) ($P= 0.000 < 0,05$) al confirmar los datos con la prueba de coeficiente de contingencia (0.250). Además la tabla muestra que los registros de las personas con restricción en la participación, con el mayor porcentaje (39.3%), no tienen estudios, de igual manera se presentan similares condiciones para las personas sin restricción en la participación donde la mayor proporción no cuenta con estudios o preparación académica alguna. Se observa asociación estadísticamente significativa, es decir que existe relación entre nivel educativo y restricción en la participación ($X^2: 23.478$), (p valor: 0.000) con tendencia débil confirmada con el Coeficiente de contingencia: 0.177.

Tabla 14.

Determinantes sociales estructurales etnia, área, estrato, barreras y las restricciones en la participación

Tabla de contingencia Etnia / tiene restricción							
Etnia	Tiene restricción				Chi2	P	C
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Negro	5	7.8	35	5.3	9.815	0.044	0,115
Indígena	0	0.0	2	0.3			
Mestizo	50	78.1	586	88.5			
Otros	3	4.7	21	3.2			
No sabe	6	9.4	18	2.7			
Total	64	8,81	662	91,1			
Tabla de contingencia Área / tiene restricción							
Área	Tiene restricción				Chi2	P	
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Ns/Nr	1	1.6	8	1.2	7.134	0.068	
Cabecera	30	46.9	406	61.3			
C. poblado	32	50.0	224	33.8			
R. disperso	1	1.6	24	3.6			
Total	64	8,81	662	91,1			
Tabla de contingencia Estrato / tiene restricción							
Estrato	Tiene restricción				Chi2	p	C
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Bajo	60	93.8	521	78.7	8.298	0.016	0.106
Medio	4	6.3	138	20.8			
Alto	0	0.0	3	0.5			
Total	64	8,81	662	91,1			
Tabla de contingencia Presenta alguna barrera / tiene restricción							
Presenta alguna barrera	Tiene restricción				Chi2	P	
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Sí	43	67.2	450	68.0	0.017	0.897	
No	21	32.8	212	32.0			
Total	64	8,81	662	91,1			

La tabla 17 muestra que la población con discapacidad que presenta restricciones en la participación, con una mayor proporción 88.5% corresponde al grupo étnico mestizo. Por otro lado, quienes no presentan restricciones en su mayoría, también son mestizos. Al realizar la prueba estadística de Chi cuadrado, se encontró significancia estadística ($X^2: 9.815$) (p valor: $0.044 < 0,05$) la fuerza de asociación muestra una dependencia baja confirmada con el coeficiente de contingencia: 0,115.

Se encuentra que el 61.3% de la población con discapacidad que presenta restricciones en la participación vive en la cabecera urbana mientras que quienes no presentan restricciones en la participación viven en los centros poblados. Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado no se encuentra asociación estadística significativa frente al tema de restricciones en la participación con respecto al área de residencia ($X^2: 7.134$) (p valor: $0.068 > 0.05$), las variables se comportan de forma independiente.

Con relación al estrato de la población en situación de discapacidad, las personas sin restricción en la participación pertenecen al estrato bajo en su mayoría (93.8%), la misma situación se presenta para la población sin restricciones en la participación. La prueba estadística de Chi cuadrado evidencia significancia estadística ($X^2: 8.298$) (p valor: $0.016 < 0.05$) la fuerza de asociación muestra una dependencia baja según coeficiente de contingencia: 0.106.

La tabla demuestra que al realizar la prueba estadística Chi cuadrado no existe asociación estadísticamente significativa con relación al tema de barreras y restricción en la participación en la población de estudio ($X^2: 0.017$) (p valor: $0.897 > 0.05$), es decir se comportan como variables independientes. El 68% de quienes tienen restricciones en la participación encuentran barreras, igualmente las evidencian quienes no tienen restricciones 67.2%.

8.2.4. Determinantes sociales intermedios y las restricciones en la participación

Tabla 18.

Determinantes sociales intermedios afiliación a salud, a que se dedica en los últimos 6 meses y las restricciones en la participación

Tabla de contingencia Afiliación a salud / tiene restricción							
Afiliación a salud	Tiene restricción				Chi2	P	C
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
No	7	10.9	51	12.5	22.975	0.000	0.175
Sí	83	79.7	572	86.4			
No sabe	6	9.4	7	1.1			
Total	64	8,81	662	91,1			
Tabla de contingencia A qué se dedica en los últimos 6 meses / tiene restricción							
Tiene restricción	A qué se dedica en los últimos 6 meses				Chi2	P	Cont.
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Trabajando	2	3.1	111	16.8	66.580	0.000	0.290
Estudiando	1	1.6	41	6.2			
Incapacitado	4	6.3	158	23.9			
Otro	6	9.4	158	23.9			
No sabe	51	79.7	194	29.3			
Total	64	8,81	662	91,1			

La tabla 18 con relación a la distribución de la población con discapacidad frente al tema de seguridad social, es importante destacar que 85.8% se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud. Del total de la población que presenta restricciones en la participación, la mayor proporción 86.4% se encuentra afiliado a un sistema de seguridad social, mientras que en un bajo porcentaje 12.5% no lo tiene; situación preocupante toda vez que la persona requiera de algún tipo de atención. En similares condiciones de quienes no presentan restricciones en la participación la mayor proporción de población cuenta con afiliación a salud 79.7% y un bajo porcentaje 10.9% carece de éste beneficio. Al realizar la prueba estadística Chi cuadrado encontró asociación estadísticamente significativa (X^2 : 22.975) (p valor: 0.000 < 0.05) y la fuerza

de asociación muestra una dependencia baja confirmada con el coeficiente de contingencia: 0.175.

Se aprecia que un 16.8% de la población en situación de discapacidad que presenta restricción en la participación, se encuentra laborando y un 23.9% se encuentra en condiciones de incapacidad. También se afirma que la población sin limitaciones tiene incapacidad (6.3%). Al realizar la prueba estadística Chi cuadrado se encontró asociación estadística significativa ($X^2:66.580$) (p valor: $0.000 > 0.05$), al confirmar estos datos con la prueba estadística de Coeficiente de contingencia: 0.290, esta establece una dependencia moderada baja.

Tabla 19.

Determinantes sociales intermedios tipo de vivienda, condición de vivienda, tipo de rehabilitación y las restricciones en la participación

Tabla de contingencia Tipo de vivienda / tiene restricción						
Tipo de vivienda	Tiene restricción				Chi2	P
	Sin restricción	%	Con restricción	%		
Ns/Nr	1	1.6	6	0.9	3.299	0.654
Casa	46	71.9	492	74.3		
Apartamento	11	17.2	128	19.3		
Cuarto	4	6.3	27	4.1		
Institución Pública	0	0.0	2	0.3		
Otro tipo	2	3.1	7	1.1		
Total	64	8,81	662	91,1		
Condición de vivienda	Tiene restricción				Chi2	p
	Sin restricción	%	Con restricción	%		
Propia	53	82.8	543	82.1	3.703	0.295
Arriendo	9	14.1	84	12.7		
Otro	0	0.0	25	3.8		
No sabe	2	3.1	9	1.4		
Total	64	8,81	662	91,1		

Tabla de contingencia Tiene un tipo de rehabilitación / tiene restricción

Tiene un tipo de rehabilitación	Tiene restricción				Chi2	P
	Sin restricción	%	Con restricción	%		
No	53	82.8	497	75.1	1.902	0.168
Sí	11	17.2	165	24.9		
Total	64	8,81	662	91,1		

Con respecto al tipo de vivienda, en la población que presenta restricciones en la participación, se evidencia que la mayor proporción (74.3%) habita en una casa, mientras que cerca del 2% habita en otro tipo de inmueble y en la población sin restricción en la participación, en su totalidad, cuentan con una casa como sitio para habitar. Esto resulta importante toda vez que se cuente con un tipo de vivienda adecuado. La prueba de Chi cuadrado no evidencia asociación estadísticamente significativa ($X^2:3.299$) (p valor: $0.654 > 0.05$), las variables parecen no tener alguna relación.

Se observa que la tabla 19, proporciona información importante acerca de las condiciones de vivienda de la población en situación de discapacidad, donde un 12.7% de quienes presentan restricciones en la participación, viven en condiciones de arrendamiento; mientras que la mayor proporción, un 82.1% tienen vivienda propia. En similares circunstancias se encontró a la población sin restricción en la participación quienes en su mayoría también cuentan con vivienda propia (87.87%), seguido de la población que vive en condiciones de arrendamiento. No se encontró asociación estadísticamente significativa ($X^2:3.703$) (p valor: $0.295 > 0.05$), es decir no hay alguna relación entre ellas.

La tabla muestra que el 82.8% de las personas sin restricción en la participación no tiene algún tipo de rehabilitación, el 75% de personas con restricción tampoco lo tienen, cerca del 25% de las personas con restricción si reciben algún tratamiento de rehabilitación. Al realizar la prueba de Chi cuadrado no se encuentra asociación ($X^2:1.902$) (p valor: $0.168 > 0.05$), es decir que no tienen relación entre ellas.

Tabla 20.

Determinantes sociales intermedios factores de recuperación, salario mensual, barreras actitudinales y las restricciones en la participación

Tabla de contingencia Factores de recuperación / tiene restricción							
Factores de recuperación	Tiene restricción				Chi2	P	Cont.
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Servicios de salud recibidos y medicina alternativa	17	26.6	103	15.6	12.134	0.007	0.128
Apoyo familiar, empeño por salir adelante, ayuda de Dios	16	25.0	216	32.6			
Otro	5	7.8	16	2.4			
No sabe, no responde	26	40.6	327	49.4			
Total	64	8,81	662	91,1			
Tabla de contingencia Salario mensual / tiene restricción							
Salario mensual	Tiene restricción				Chi2	p	C
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Sin salario	61	95.3	529	79.9	9.126	0.010	0.111
< un salario y hasta 3	3	4.7	128	19.3			
> 3 salarios mínimos	0	0.0	5	0.8			
Total	64	8,81	662	91,1			
Tabla de contingencia Barreras actitudinales / tiene restricción							
Presenta alguna barrera	Tiene restricción				Chi2	p	
	Sin restricción	%	Con restricción	%			
Ninguna	43	67.2	502	75.8	2.464	0.292	
Barreras Actitudinales	17	26.6	134	20.2			
No sabe	4	6.3	26	3.9			
Total	64	8,81	662	91,1			

Se encontró que un 32.6% de la población en situación de discapacidad que presenta restricción en la participación, recibió ayuda familiar, espiritual y empeño durante su proceso de recuperación, seguido de 15.6% debido a los servicios de salud y

tratamientos con medicina alternativa, mientras que de la población quienes no presentan restricciones en la participación, un 25% afirmaron recibir apoyo espiritual y familiar. Llama la atención que un 40.6%, más de la mitad de la población desconoce o no responde. Es importante destacar que las restricciones en la participación representan asociación marginalmente significativa con los factores de recuperación de acuerdo a la prueba estadística Chi cuadrado ($X^2:12.134$) (p valor: $0.007 < 0.05$) la dependencia es baja y se confirma con el coeficiente de contingencia: 0.128.

Se encuentra que cerca del 80% de la población en situación de discapacidad que presenta restricción en la participación no percibe ingreso económico alguno, realidad preocupante, dado que la mayor proporción de población sin restricción en la participación también se presenta la misma situación. La prueba de Chi cuadrado evidencia significancia estadística ($X^2:9.126$) (p valor: $0.010 < 0.05$) corroborada con el coeficiente de contingencia: 0.111 que confirma fuerza de asociación baja.

La tabla describe que el 75% de las personas con restricciones en la participación evidencian barreras actitudinales, al igual que las personas que no tienen restricción con un 67.2%, en menor porcentaje se encuentran barreras actitudinales tanto para las personas con restricción que sin restricción 20.2%, y 26.6% respectivamente. No se encontró asociación entre éstas variables. ($X^2:2.464$) (p valor: $0.292 > 0.05$), es decir las variables son independientes y la una no modifica a la otra.

9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En cuanto a los determinantes de la salud estructurales se encuentran los aspectos socio-demográficos tales como el género donde se encontró que el mayor porcentaje de los registros fue masculino 54,7%, estos datos concuerdan con el perfil del Censo DANE 2005 para Barranquilla donde se encontró que del total de la población con discapacidad el 5,4% son hombres y el 5,3% mujeres notándose que la diferencia es mínima entre hombres y mujeres [50]; el artículo realizado por Borrell refiere que tras el análisis de varios informes realizados en el estado Español todos ponen en evidencia que el género femenino es el que se ve más afectado en cuanto a condiciones de salud, al igual que quienes carecen de un ingreso mensual [41].

En el presente estudio se encontró que la edad promedio de la población caracterizada fue de 38 años +- 23,12, el mayor nivel educativo alcanzado corresponde a post-grado en un bajo porcentaje 1,2%, el mayor porcentaje 40% representa a las personas que no tienen nivel de educación y el 26,2% han estudiado algún nivel de primaria. De la población en estudio el 87,6% son mestizos, el 60% viven en la cabecera, el 69,3% principalmente corresponden a estrato 1 y el 18% al estrato 3.

Las alteraciones permanentes del movimiento de manos, brazos y piernas son las más representativas 53%, seguida de las alteraciones del sistema nervioso central 40,8% y las alteraciones de la voz y el habla con un 39,5%, esto concuerda con los altos porcentajes obtenidos en las dificultades para caminar, correr y saltar 52,5%, al igual que para hablar y comunicarse 40,9% y para pensar, memorizar con un 37,4%. En cuanto a restricciones en la participación, llama la atención que el 30% de la población manifestó no tener inconvenientes, del resto de la población el 45,7% tienen mayores inconvenientes de participación con la familia y amigos, seguido de la comunidad religiosa con un 25,2%. Finalmente un alto porcentaje 77,3% manifestaron no participar en alguna organización, este hallazgo coincide con la información encontrada en el documento Primer estudio de la discapacidad en Chile, donde se afirma que las restricciones en la participación son los problemas que el individuo puede experimentar

para involucrarse en situaciones vitales, incluso en el ámbito social al estar en desventaja a causa de los problemas funcionales en el ámbito corporal y personal [56].

Nuevamente en este estudio se resalta que el 75,1% de los registros refirieron no evidenciar barreras actitudinales y los pocos que si las perciben corresponden a actitudes negativas de familiar 11%, seguido de amigos y compañeros 4,5%. Respecto a las barreras que corresponden a entornos físicos las que más se presentan son en las calles y vías 32,2%, seguido de baños y sanitarios 24% y el menor porcentaje se presenta en los lugares de trabajo 4,7%, esto coincide con lo citado en el documento Discapacidad Reto para la Inclusión en el Capital Humano [54] donde se menciona el registro DANE 2010 para Colombia el cual reporta también que las actitudes que mas afectan, que son mas recurrentes son aquellas que provienen de las personas que hacen parte de su propio grupo familiar, también las que perciben por parte de amigos y compañeros, y por parte de vecinos. Pues el entorno inmediato en el que vive un individuo como miembro de una sociedad, hace que entre en contacto directo con otras personas, para el caso de las personas con discapacidad es frecuente que la familia, amigos y compañeros, los pares y demás personas generen actitudes de sobreprotección y de rechazo que le impiden el desarrollo de actividades cotidianas con mayor autonomía de acuerdo a Cuervo en su libro Discapacidad, Inclusión social [52].

Finalmente en lo que respecta al origen de la discapacidad el 77,3% de los registros manifestaron conocer la causa, de las cuales la más representativa se le atribuye a enfermedad general 18,9%, le sigue las condiciones de salud de la madre gestante 13,6%, el 11,3% por alteraciones genéticas, hereditarias y el 10,9% por accidentes, de estas últimas el 4,3% corresponde a accidentes en el hogar y el 3,9% por accidentes de tránsito. Al respecto son pocos los estudios donde se investigue el origen de la Discapacidad sin embargo en el estudio de Prevalencia de Discapacidad, muestra resultados similares a los citados, donde se encontró que la principal causa es la biológica (enfermedad general, alteración genética, complicaciones de la madre) con un 43,7%, seguida por la violencia (accidentes de transito, en casa, lesión auto infligida, guerra, consumo de psicoactivos, violencia social) [51].

Al hacer el análisis para los determinantes de la salud intermedios que corresponde a Afiliación a salud, tipo de afiliación se encontró que el 85,8% están afiliados de los cuales la mayoría 60,9% son subsidiados y 22,3% contributivos, esto coincide con lo expuesto por Cruz en el estudio *“Magnitud de la discapacidad en Colombia una aproximación a sus determinantes”*, en el cual en relación con la cobertura de aseguramiento alcanzada por el SGSSS en la población con discapacidad en Bogotá, el 75,6% esta afiliada. Con respecto al tipo de afiliación, 47,3% del total de afiliados pertenecen al régimen contributivo, 49% al régimen subsidiado y 3,7% a algunos de los regímenes especiales, mientras el 0,1% desconoce a que tipo de régimen pertenece [48].

En cuanto a servicios de salud y rehabilitación el 67,1% fueron diagnosticados oportunamente, el 24,1% no han tenido acceso a los servicios de rehabilitación. Los servicios a los cuales tienen más acceso son fisioterapia 31,8% esto corresponde con el alto porcentaje obtenido para las deficiencias en movimiento de las manos, brazos y piernas al igual que las dificultades de caminar, correr y saltar; otro servicio que presento alto porcentaje fue al acceso de medicamentos permanentes 23,4% y un poco más bajo para el área de fonoaudiología 17,2% también coherentes con datos reportados en cuanto a deficiencias en la voz y habla y dificultades para comunicarse. Estos datos guardan relación con lo arrojado en el estudio *Magnitud de la Discapacidad en Colombia, una aproximación a sus determinantes* donde el 88,1% de las personas registradas han recibido orden medica de rehabilitación, al 67,3% le han ordenado terapia farmacológica, al 28,6% fisioterapia, 20,7% medicina física y de rehabilitación, al 9,8% fonoaudiología [48]. También en el primer estudio de la Discapacidad en Chile, se encontró que 3 de cada 4 personas con discapacidad han tenido acceso a los servicios de salud, servicios sociales y los de rehabilitación, con un 67% que recibió atención básica de salud, y el 40% recibió algún tipo de servicio de diagnostico, y tan solo el 6,5% de las personas recibió servicios de rehabilitación en el último año [56].

Del total de la población solo el 16% asisten a rehabilitación, de los cuales en porcentajes no muy diferentes van a instituciones tanto privadas 10,5% como públicas

9,8%, los demás manifestaron que no reciben rehabilitación por falta de dinero 39,9%, porque le queda muy lejos 11,7%, muy pocos 5,5,% refieren que ya terminaron el tratamiento. Del total de los registros solo el 15,2% dicen que el sistema general de salud paga la rehabilitación, el 9,1% lo asume a familia, en mínimos porcentajes lo paga una ONG, el empleador o personalmente. El estudio de Cruz También reporta que la principal razón para la no asistencia a servicios de rehabilitación es la falta de dinero (46%), (6%) porque cree que ya no la necesita o no le gusta y 4% porque el centro de atención esta muy lejos y no tiene quien lo lleve. Del total de la población encuestada, solo aproximadamente el 50% respondieron a la pregunta sobre quien ejecuta el gasto en rehabilitación; para un 71,9% asumido por el Sistema General de Salud, para un 13,4% por la familia, para un 6,2% es auto asumido, para un 5,2% por otro, para un 1,48% por ONG y es asumido por el empleador para el 1,1% [48].

Respecto a la dimensión barreras, las que fueron más representativas son en calles y vías 32,2% y en los servicios sanitarios 24% y por último lugares de trabajo 4,7%. Estos datos distan de lo citado en el documento "Discapacidad en Colombia. Reto para la inclusión en capital humano" donde se precisa que según el registro DANE 2010, el 76% de todas las personas con discapacidad perciben barreras físicas en su entorno, de estas cerca del 46,9% las encuentra en su propia vivienda (dormitorio, baño, escaleras, pasillos, sala comedor), donde las familias no están lo suficientemente motivadas para realizar las adecuaciones necesarias de los espacios o equipamientos que le permitan un mayor bienestar a su familiar, no existe quien les asesore al respecto y la mayor parte de los hogares carece de recursos para realizarla, también la ley de accesibilidad no se cumple, el 48,5% de las personas percibe barreras en la vía pública (andenes y calles). No se tienen andenes o son angostos, tienen diferentes niveles o están sin rampas, igualmente el 16,5% de las personas tienen barreras en los lugares de trabajo [54]. Estos hallazgos coinciden con la afirmación que reposa en el documento: La accesibilidad en España, diagnostico y bases para un plan integral de supresión de barreras donde refiere que las personas con discapacidad se ven enfrentadas a muchas dificultades para la movilidad, el trabajo, la recreación, entre muchas otras, las dificultades de acceso pueden llevar a la marginación y exclusión de

las personas con discapacidad [55]. Igualmente se encontraron datos similares en el documento del primer estudio de la Discapacidad en Chile 2004, donde refieren que una de cada tres personas con discapacidad tiene problemas para desplazarse en la calle debido a los obstáculos físicos del entorno [56].

El 76,3% de las personas encuestadas manifestaron no evidenciar actitudes negativas con nadie, sin embargo quienes si las han observado refirieron que con la familia 11,4%, de amigos y compañeros 4,1% y de vecinos 2,4%, estos datos concuerdan con lo encontrado por Cruz donde se evidencia que del total de personas que perciben actitudes negativas, en un 40%, estas provienen de familiares, en un 25% de amigos y vecinos, en un 40% de otras personas y en un 11% de funcionarios y empleados [48]. En el reporte del primer estudio de la Discapacidad en Chile también se encontraron resultados similares: la gran mayoría de las personas con discapacidad no ha sentido actitudes negativas, de parte de otras personas. El 11% señala haber sentido pocas actitudes que afecten su dignidad y el 8% haber sentido muchas [56].

En los componentes de la discapacidad de acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la salud y la Discapacidad CIF [47], se evidencio que el 100% de la población encuestada tuvo deficiencias, solo el 95,7% presentaron limitaciones y el 4,3% no manifestaron tener limitaciones en la actividad a pesar de su deficiencia, el 91,2% tiene restricciones en la participación. Los resultados obtenidos demostraron que las personas que tienen alguna deficiencia no necesariamente tienen alguna limitación o restricción en la participación, de ahí la importancia de caracterizar a cada individuo en términos de funcionamiento para poder establecer un plan de tratamiento en cuanto a rehabilitación o habilitación. Esto guarda relación con lo expuesto por Luis Fernando Astorga Gatiens: *“los niveles de funcionamiento varían enormemente dentro de una población, ya sea en relación con las capacidades físicas, intelectuales, habilidades sensoriales, o como resultado del impacto de la salud mental. Si estas diferencias no se toman en cuenta se pueden limitar seriamente la efectividad de los programas diseñados para promover el bienestar económico y social”* [64]. Esto también es coherente con la CIF, que describe claramente que las deficiencias están relacionadas

con la Discapacidad pero no son determinantes de la misma, es decir que tener deficiencias no quiere decir que se tiene Discapacidad [47].

Las deficiencias más representativas se presentaron en el movimiento de manos, brazos y piernas (18,5%) y del Sistema Nervioso Central (10,7%), pero también se encontró que el porcentaje más alto está en las personas con dos o más deficiencias (60,1%), igualmente en el documento del primer estudio de la Discapacidad en Chile, se mostro que las deficiencias mas prevalentes corresponden a las físicas 31,3% (movilidad, parálisis, amputaciones, etc.), le siguen las visuales 19,0% y las de tipo visceral con un 13,9%, además el autor de este estudio señalo que existe un alto porcentaje de personas con discapacidad múltiple 10,3%, seguido de deficiencias intelectuales 9,0% [56]. También en el presente estudio se encontró que las limitaciones para caminar, correr, saltar son las que se presentan en mayor porcentaje (14,2%), al igual que las limitaciones en más de dos actividades (63,1%), esto es similar con los resultados encontrados El Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE 2005 donde se refiere que el 71,2% presentan una limitación, el 14,5% dos limitaciones, 5,7% tres limitaciones y el 8,7% tres o más limitaciones permanentes, de estas personas, 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. [9]. A diferencia en Chile se reporta que en la población total, las dificultades sensoriales ver y oír, concentran juntas el mayor porcentaje de dificultades en cuanto 1 de cada 3 chilenos presentan limitaciones para ver u oír [56]. Para la CIF son todas las dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades [47].

Respecto a la restricción en la participación se evidencio que el mayor porcentaje 33,1% hace referencia a ninguna restricción, seguido del 26,0% quienes presentan más de una restricción en la participación y el 23,3% tienen restricciones con la familia. Para la CIF las restricciones en la participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa

persona, con un estado de salud, con la participación esperable de las personas que no tuviesen un estado de salud similar al suyo. Esto denota el grado de implicación de la persona, que incluye ideas como las de tomar parte o participar en alguna área de la vida, así como a ser aceptado, o a tener acceso a los recursos necesarios [47]. De acuerdo a los resultados, llama la atención la existencia de altos niveles de restricción sobre todo a nivel familiar en primera instancia y por ende tendrán dificultades con la comunidad que los rodea.

En concordancia con la CIF, esta define Discapacidad como un *“término genérico que incluye la interacción entre deficiencia de las funciones y/o estructuras corporales, 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)”* [47]. Así un individuo puede presentar deficiencias sin tener limitaciones en la actividad, o viceversa, como también tener deficiencias, limitaciones pero no restricciones en la participación.

Igualmente Pantano, cita al Especialista Juan Arroyo quien diferencia entre “enfoque por enfermedades y enfoque por problemas”, según este último al que adhiere, coloca las deficiencias causantes de discapacidades en el entorno que las promueve y produce, así interpretando lo que él llama ciclo vital de la Discapacidad, considera distintos factores a los que hay que atender y controlar superando a su criterio un enfoque biomédico, pero no elimina la importancia del problema de salud (daño) y sus secuelas como causa de discapacidad. También afirma que si bien todos tenemos limitaciones, no todos tenemos discapacidad, solamente aquellos que las experimenten a partir de un problema de salud o deficiencia [65].

Por otra parte se realizó el análisis estadístico bivariado con las limitaciones en la actividad, en la población de estudio, para efectos de análisis esta variable se redujo a dicotómica (con limitaciones y sin limitaciones). Las variables de determinantes sociales estructurales consideradas como independientes, se toman como referencia para el análisis bivariado, obteniendo el resultado de la prueba estadística de dependencia

(Prueba Chi-cuadrado). Como de los resultados obtenidos en este estudio se tomó además el documento “Determinantes sociales de la salud, la enfermedad y sus intervenciones 2008”, en el cual se pone de manifiesto la marcada influencia de factores sociales en la presencia o no de enfermedad en los individuos, siendo los mayores condicionantes los factores como condiciones y tipo de vivienda, estrato socioeconómico, situación laboral, nivel educativo entre otros [42]. Igualmente el documento Determinantes sociales de las enfermedades 2007, confirma la notable desigualdad en salud en relación con el ingreso, el trabajo, la vivienda y el nivel educativo, factores que determinan la presencia o no de enfermedad [43].

Se analizó la dimensión género frente a limitaciones en la actividad, donde no se encontró asociación significativa (Sig. 0,998 > 0.05), dado que tanto los hombres como las mujeres pueden presentar limitaciones en la actividad, sin embargo el 54.8% de los hombres presenta limitaciones en la actividad, lo contrario se evidencia en el primer Estudio de la Discapacidad en Chile, donde se presenta que las mujeres tienen mayor porcentaje de limitaciones en las actividades en comparación a los hombres [56].

Respecto a la dimensión edad por ciclo vital y limitaciones en la actividad, se observó que las condiciones limitantes de las actividades están presentes en todas las etapas del ciclo vital, el mayor porcentaje (28.8%) de personas que tienen limitación se encuentran en la edad adulta media (41 – 65 años), a diferencia de la población que no presenta limitaciones, el mayor porcentaje se ubica en los jóvenes, sin embargo no se encontró asociación estadística en estas dimensiones (Sig. 0,723 > 0.05). Resultados similares se encontraron en el primer estudio de la Discapacidad en Chile donde el mayor porcentaje de personas que presentan limitaciones en la actividad son mayores de treinta años [56].

En cuanto a las variables nivel educativo y limitación se observó que el comportamiento se da en mayor porcentaje en las personas que tienen limitaciones en la actividad y ningún tipo de estudio (42,4%) o primeros niveles de educación primaria (23%) y en porcentajes similares se da para las personas sin limitaciones. A pesar de esto no se

encontró asociación estadística entre estas dimensiones (Sig. 0,723>0.05). Para la dimensión estrato y limitaciones en la actividad se encontró que quienes presentan o no limitaciones en su mayoría pertenecen al estrato socioeconómico uno, tampoco se evidenció asociación estadística (Sig. 0,934 > 0.05). Paralelo a esto, el estudio de Gómez [70] refiere que las personas con Discapacidad emergente se caracterizan por tener menor nivel educativo, menor aseguramiento privado, pertenecer a estratos bajos y más limitaciones en actividades de la vida diaria, esto coincide con los hallazgos de Hernández para el contexto Colombiano y los registrados en otras latitudes [66] y Mitra [67]. También en el documento “Acciones sobre los determinantes sociales en la salud en Venezuela” se describen una serie de estrategias y políticas desarrolladas respecto a los determinantes sociales en salud especialmente para mejorar el acceso a los servicios de educación, teniendo en cuenta que es un factor que influye directamente sobre el desarrollo individual y colectivo de la población venezolana, además de ser un condicionante para generar posibilidades laborales [70].

Para las variables etnia y limitaciones en la actividad (Sig. 0,884 >0.05), y área y limitaciones en la actividad (Sig. 0,436>0.05), tampoco se encontró asociación estadística. La gran mayoría de personas con y sin limitaciones corresponde a etnia mestiza y quienes presentan limitaciones residen en su mayoría en la zona urbana.

La situación es preocupante en relación a salario mensual y la dimensión limitaciones en la actividad, se observa que los que tienen o no limitaciones no perciben ingreso económico alguno, no se encontró asociación estadística (Sig. 0.104). Esto se puede correlacionar con los hallazgos de altos niveles de pobreza manifestados en el Documento Conceptualización de Discapacidad: Reflexiones para Colombia [69].

Respecto a afiliación a salud se encontró que la mayoría de las personas con y sin limitaciones se encuentran afiliadas al sistema general de seguridad social en salud 85,8% y 87,1% respectivamente y un bajo porcentaje carece de este beneficio. Datos similares se encontraron en el estudio titulado una aproximación a los costos indirectos de la Discapacidad en Colombia donde se menciona que del total de personas

estudiada, el 29% carece de aseguramiento en el SGSSS. No son variables con significancia estadística (Sig. 0,743>0.05) [66].

En cuanto a dedicación en los últimos seis meses se encontró que tan solo el 15,5% de las personas con limitaciones se encuentra laborando, pero también se observó que el 23% de esta población se encuentra en condiciones de incapacidad. Esto claramente se relaciona con los bajos ingresos económicos recibidos y altos niveles de pobreza ya mencionados en anteriores dimensiones.

En relación a condiciones y tipo de vivienda se pudo evidenciar que la mayoría de las personas con y sin limitaciones en la actividad tienen vivienda propia 82,7% y 70% respectivamente, y en menor porcentaje 12.1% y 30% respectivamente viven en arrendamiento, sin embargo la vivienda se ve afectada por las barreras físicas que se pueden presentar dentro ellas. Se encontró significancia estadística entre las dimensiones condición de vivienda y limitación (sig. 0.025) con débil tendencia. Igualmente para los demás determinantes sociales intermedios en las dimensiones limitaciones en la actividad y barreras se pudo considerar que las limitaciones son un factor asociado a las barreras presentadas por la población en estudio (Sig. 0,002, Phi: -0,117) pero con una tendencia inversa. Esto coincide con el primer estudio de la Discapacidad en Chile [56] que refiere: una de cada tres personas con discapacidad encuentra barreras en su entorno que le limitan sus actividades. Similares resultados se obtuvieron en el estudio Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en capital humano [54]. El documento de Hernández que expresa la necesidad de diseñar y ejecutar programas respecto a mejorar las condiciones y tipos de vivienda para minimizar riesgos, además de fortalecer los programas de atención primaria en salud [70].

Los resultados arrojados en el presente estudio describen que el 23,6% de quienes presentan limitaciones tienen o han pasado por procesos de rehabilitación, y cerca del 39% de quienes no presentan limitaciones también los tienen o han tenido, se observó que las dimensiones de tener algún tipo de rehabilitación y las limitaciones en la

actividad presentan significancia marginalmente significativa. El 31,8% de las personas con limitaciones en la actividad manifiestan que el factor de recuperación ha sido por ayuda espiritual, empeño a diferencia de los tratamientos con medicina tradicional o alternativa. Los resultados guardan alguna relación con lo expresado por Gómez quien refiere que la percepción que tienen las personas sobre la recuperación de su condición de discapacidad se asocia a las causas de la misma y se expresa dadas las situaciones de dificultad en el acceso a los servicios de rehabilitación, la principal razón de la recuperación se atribuye a los servicios de salud y rehabilitación recibidos, a la ayuda de Dios y al apoyo de la familia [54].

En cuanto a las dimensiones determinantes sociales estructurales y restricciones en la participación se pudo encontrar: en relación al género no hay asociación estadística sin embargo es de destacar que son más los hombres que presentan restricciones (55,4%), situación contraria para quienes no presentan restricciones quienes en su mayoría son mujeres. En relación al ciclo vital existe asociación estadísticamente significativa (Sig. 0.000 < 0.005, C: 0.250) con tendencia débil, en tanto que quienes presentan restricciones en su mayoría son adultos medios (30,1%), seguidos de la población joven con un 20,2%.

Igualmente para las dimensiones restricciones en la participación y nivel educativo se encontró débil asociación estadística (Sig. 0.000 < 0.005, C: 0.177), donde se evidenció que las personas con restricción en la participación generalmente no tienen algún nivel de educación, de igual manera se presenta para las personas sin restricción. Esto guarda relación con las pocas oportunidades para acceder a los servicios de educación entre otros.

La dimensión etnia y restricciones en la participación (Sig. 0,044) (C. 0,115), al igual que el estrato socioeconómico (Sig. 0.016) (C. 0.106) arrojaron datos estadísticamente significativos sin embargo ambos con débil tendencia de asociación, respecto al área no se encontró significancia estadística. En cuanto a etnia la mayoría de las personas con y sin restricciones son mestizas (88,5% y 78,1%); el 61,3% de la población que

presenta restricciones vive en la cabecera urbana mientras que quienes no presentan restricciones viven en centro poblado, esto podría asociarse al estrato teniendo en cuenta que las personas con restricción en su mayoría pertenecen al estrato bajo (78,7%).

Las dimensiones: presenta alguna barrera y las restricciones en la participación no arrojaron datos relevantes en cuanto a significancia estadística, se encontró que las barreras se presentan de manera similar tanto para quienes tienen restricciones como para quienes no. La mayoría de la población con y sin restricciones refiere no presentar barreras actitudinales y tan solo alrededor del 20% manifiestan evidenciarlas (Sig. 0,292).

Nuevamente se encontró que cerca del 80% de la población que presenta restricciones no percibe ingresos económicos algunos, lo mismo sucede para la población sin restricciones que se encuentra alrededor del 90% (Sig. 0,010) resulto significancia estadística para estas dos variables con leve tendencia de asociación (C: 0.11).

Respecto a las variables restricciones y afiliación a salud se pudo observar que del total de la población que presenta restricciones la mayoría se encuentran afiliadas al SGSSS (86,4%), al igual que la población sin restricciones (79,7%), se encontró asociación estadística débil (C. 0.175). Este aspecto también es un determinante social intermedio, el cual se tiene muy en cuenta en el documento Acciones sobre los determinantes sociales en salud en Venezuela, donde el objetivo general es garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida, mediante la creación de Consultorios y Clínicas Populares, además de los Hospitales del Pueblo, dentro de las comunidades de poco acceso a los ya existentes [70].

Se destaca que para las dimensiones de restricciones en la participación y dedicación en los últimos seis meses si se dio asociación estadística significativa (Sig. 0.000, C: 0,290), para las personas con restricción en la participación se evidencia que el 16,8%

se encuentra trabajando, el 23,9% refieren estar incapacitados, situación similar se encontró para la población sin restricciones.

Para el tipo y condición de vivienda en relación con las restricciones en la participación se encontró que los resultados son similares a la dimensión limitaciones en la actividad y tipo y condición de vivienda, donde la mayoría de la población cuenta con casa propia.

Finalmente para tipo de rehabilitación y factores de recuperación se obtuvo que tanto la población con y sin restricción manifestaron en gran porcentaje no tener ni haber tenido acceso a algún tipo de rehabilitación 75,5% y 82,8% respectivamente, respecto a los factores de recuperación el 32,6% de personas que presentan restricción atribuyen su recuperación al apoyo familiar y ayuda espiritual y el 26,6% de las personas sin restricción lo atribuyen a los servicios de salud recibidos (Sig. 0,007 > 0,005), además se encontró asociación estadística significativa con débil tendencia de asociación (C. 0.128).

De acuerdo con lo que refiere la CIF en cuanto a participación, siendo este el acto de involucrarse en una situación vital, y restricción en la participación como: problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales [47], los resultados del estudio especialmente los que evidenciaron asociación estadística representativa como son edad por ciclo vital, nivel educativo, afiliación a salud y dedicación en los últimos seis meses, salario entre otros, son situaciones vitales que condicionan la participación de las personas en situación de discapacidad. Esto también guarda relación con la expresión “Discapacitados sociales”, para destacar la dificultad de participación que tienen ciertas personas debidas a condiciones socioculturales, también se utiliza en aquellos casos en que por diversas circunstancias como pobreza, violencia producen daños a problemas de salud que llevan a la discapacidad [64]. Similares resultados se encontraron en el estudio “Determinantes sociales y disparidades de la morbilidad por enfermedades respiratorias agudas ERA en niña y niños de 1-4 años en Colombia” que a pesar de ser solo para población infantil y una

patología específica también se ve fuertemente influenciado por los determinantes sociales como son área de residencia, afiliación y acceso a los servicios de salud, estrato socioeconómico, los cuales son factores determinantes de la presencia o no de la enfermedad, las variables sexo, condiciones de vivienda, asistencia a programas de crecimiento y desarrollo no están asociados significativamente a la presencia de enfermedad [71].

10. CONCLUSIONES

Los determinantes sociales estructurales según la OMS son aquellos que generan estratificación social, y que determinan características de índole individual, de los cuales se lograron identificar género, edad, nivel educativo, etnia, área de residencia, estrato social, barreras, a partir de los cuales se encontró que el mayor porcentaje de los registros corresponden al género masculino, la edad está en mayor proporción entre 41 y 65 años, el nivel educativo corresponde a la básica primaria, al estrato 1 pertenece cerca del ochenta por ciento de la población registrada y la mayoría manifestaron no presentar barreras.

Respecto a los determinantes intermedios, se conceptualizan como los factores que tienen 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, por lo cual en el presente estudio se consideraron y encontraron los siguientes determinantes intermedios como: afiliación y tipo de afiliación, condiciones materiales de trabajo, tipo y condición de vivienda, servicios de rehabilitación, factores de recuperación, salario. Estos determinantes demostraron para la población Barranquillera, que la mayoría de la población se encuentra afiliada al SGSSS y en especial en calidad de subsidiados. En relación a los servicios de rehabilitación se encontró que han sido diagnosticados oportunamente pero pocos han recibido servicios de rehabilitación, de estos últimos solo una mínima parte asisten a los servicios debido a las dificultades de accesibilidad en cuanto a barreras físicas y condiciones económicas.

Como ya se mencionó con anterioridad, los componentes de la Discapacidad según la CIF que se retoman en este estudio son Deficiencias en la estructura, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, aparte de estos la Clasificación internacional del funcionamiento de la salud y la discapacidad también contempla factores contextuales, que incluyen los ambientales y personales, sin embargo dentro del estudio se analizaron los determinantes sociales de la salud, los cuales están inmersos dentro de los factores contextuales a los que se refiere la CIF.

Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que el total de la población presentan alguna deficiencia por lo cual se encuentran en la base de datos de discapacidad, sin embargo esta condición no necesariamente los lleva a presentar limitaciones en la actividad o restricciones en la participación, aunque los resultados no difieren mucho existe, la brecha que algunas personas pueden o no presentar los otros componentes, esto concuerda y soporta la conceptualización realizada por la Clasificación Internacional del funcionamiento de la salud y la discapacidad.

En cuanto a las relaciones entre los determinantes sociales de la salud y cada uno de los componentes de la discapacidad fueron pocos, teniendo en cuenta que uno de los componentes de la discapacidad (deficiencia) resulto ser una variable constante. En cuanto al componente limitaciones en la actividad, solo los determinantes condición de vivienda, presenta algún tipo de rehabilitación y presenta barreras, evidenciaron asociación estadística significativa. Es concordante en cuanto que al existir barreras físicas o actitudinales pueden influir directamente en la población limitando las actividades personales desde el contexto psicológico, como también el tener algún tipo de rehabilitación mejora las condiciones en cuanto al funcionamiento, desde la parte biológica, y tal vez las condiciones de vivienda influyen en el aspecto social y las limitaciones en la actividad.

La dimensión restricción en la participación en relación a los determinantes sociales de la salud evidencio un comportamiento un poco diferente, en tanto que sí se encontraron asociaciones estadísticas: para edad por ciclo vital, nivel educativo, etnia, estrato socioeconómico, afiliación a salud, dedicación en los últimos seis meses, salario mensual y factores de recuperación, estas variables pueden incidir directamente en la participación de las personas en situación de discapacidad, ya que especialmente el analfabetismo restringe el acceso a ciertas actividades, y dedicarse a alguna actividad como el trabajo o estudio permite tener algún contacto con la comunidad y puede favorecer la participación social, los demás determinantes son condiciones o situaciones que podrían mejorar y facilitar la interacción social de las personas en

situación de discapacidad, permitiendo el ejercicio de ciudadanos productivos a la sociedad.

La discapacidad se hace evidente cuando la persona encuentra o presenta restricciones que le impiden su plena participación en la sociedad. Las personas que tienen limitaciones tienen discapacidades no tanto en cuanto a su nivel de accionar si no debido a que se les niega el acceso a la educación, mercado laboral y servicios públicos y de salud, en tanto que la discapacidad no se encuentra en el individuo sino más bien en todas las condiciones bio psico sociales que lo determinan.

El estudio alimenta la línea de investigación funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud del grupo investigativo Cuerpo Movimiento de la universidad Autónoma de Manizales y fortalece en una perspectiva interdisciplinar el objeto de estudio de la maestría en Discapacidad con beneficios a la comunidad académica, a las personas con discapacidad, sus familias y a la sociedad en general.

Los resultados de este estudio pueden ser utilizados por nuevos proyectos de este tipo, que aborden la temática de determinantes sociales en salud en proyectos de desarrollo y programas de intervención específicos, contando ya con información confiable que pueda soportar su trabajo investigativo, teniendo en cuenta que una de las limitaciones fue la escasa información bibliográfica que contemplara la relación existente entre los dos enfoques: determinantes sociales de la salud y componentes de la discapacidad según la CIF.

11. RECOMENDACIONES

La problemática de la Discapacidad a nivel mundial y nacional es una situación compleja donde intervienen infinidad de factores contextuales (determinantes sociales de la salud), facilitadores o inhibidores de evolución de cada individuo que la padece. Al realizar el análisis de estos factores se ve cada vez mas grande la necesidad de visibilizar la realidad de esta población, como también identificar el comportamiento de cada uno de estos que permitan desarrollar programas y políticas que beneficien a dicha población; y la única manera de hacerlo es mediante estudios investigativos pertinentes, confiables, con validez científica que reflejen y soporten el contexto actual, de ahí la sentida necesidad de fomentar la investigación en esta temática.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo, a los estudios y literatura revisada se recomienda implementar en mayor grado la Clasificación internacional del funcionamiento de la salud y la discapacidad, desde todas las instancias, académicas, institucionales, clínicas, etc. Teniendo en cuenta que es una clasificación que recoge en la gran mayoría los factores que pueden llegar o no a condicionar la salud de las personas, lo que es de suma importancia para generar procesos de habilitación, rehabilitación para cada individuo de acuerdo a sus necesidades, y de esta forma enfocar con mayor precisión las ayudas individuales y colectivas.

Se recomienda que los documentos emergentes de las investigaciones permitan gestionar procesos de desarrollo social en bienestar de toda la población con discapacidad. También es importante tener mayor acercamiento con las familias las cuales son el primer contacto con la persona con discapacidad, y por ende en gran parte los responsables del mejoramiento de la calidad de vida de las mismas. Es por ello importante plantear programas de información, educación, capacitación (IEC) para los colectivos porque como lo menciona la Dra. Clemencia Cuervo, solo así se puede construir una inclusión real, y el primer paso es la educación.

Los autores de este trabajo investigativo reconocen que aun y cuando alcanzaron los objetivos, se hace necesario profundizar a fin de tener una transformación en el lenguaje incluyendo en planes, programas y proyectos de las agendas de la ciudad de Barranquilla bajo el enfoque de los determinantes sociales en salud, cuyo objetivo sea disminuir la inequidad de género, favorecer la situación socioeconómica, el nivel educativo, ambiente, participación social, situación laboral, ingreso y factores de recuperación de la discapacidad, e incluir nuevos estudios en determinantes sociales como nutrición, agua potable, medio ambiente, relacionados con discapacidad. Al considerar su rico abordaje investigativo a nivel mundial, pero su pobre abordaje y vacío en el conocimiento de los sistemas de información de las personas con discapacidad en Colombia.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Charton J. Nothing about us without us. Los Ángeles: University of California; 2000.117-123
3. 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
4. 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
5. 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 de1996 y 1552 de 1999 [acceso 10/08/2012].Disponible en : cppe.presidencia.gov.co
6. Solar, O. e Irwin, A. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Ginebra; 2007: World Health Organization. WHO.
7. Brandt, E. & Pope, A. Enabling America: Assessing the role of rehabilitation Science and engineering. National Academy Press. 1997 Washington D.C: National Academy Press. CIHR. Knowledge translation strategy *Journal of Public Health Management & Practice*, 2004.7(2), 81—89. [acceso 12/07/ 2012] Disponible en: <http://www.ncddr.org/kt/index.htm>
8. Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. Discapacidad y Desarrollo Inclusivo. In: BID; 2010. [internet]; 2010 [acceso 12/07/ 2012]. Disponible en www.iadb.org.
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Bogotá DC, Colombia; 2005-2006.[acceso 11/18/2011] disponible:www.dane.gov.co/index.php?option.com

10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. Proyecciones de población por sexo y edad: 1985 - 2006. Bogotá: Ediciones DANE 1999.[acceso 03/19/2011] disponible en <http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/09/Pobreza-y-Desigualdad.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad, incluidos, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Ginebra; 2005. [acceso 12jul2012]. Disponible en www.who.int/entity/disabilities/who5823_resolucion_es.pdf.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. Demografía Informe sobre discapacidad. Bogotá; 2004[acceso 04/25/2012]. disponible en http://www.dane.gov.co/files/control_participación/rendición/cuentas/informe_congreso_08.
13. Fundación Saldarriaga Concha. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. In: Fundación Santa Fe de Bogotá, editor. Bogotá D.C; 2009. P1-7 ISBN 978-958-989111-7
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. Dirección de censos y demografía. Base de datos de registro de localización y caracterización de personas con discapacidad. Bogotá; 2003. [acceso 12 /10/2012]. Disponible en www.dane.gov.co/.../discapacidadidentificacion%20en%20los%20territorios.pdf
15. Alcaldía Distrital de Barranquilla. Indicadores. Junio 2009. [acceso 12/09/ 2012] Disponible en: http://ns1.alcaldiabarranquilla.gov.co/conoce_barranquilla.php?lnk=74
16. 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-...
17. Tovar L, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia. Lecturas de Economía Bogotá; 2003:177-208
18. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. Health and Social Organization. London: Blane D, Brunner E, Wilkinson D; 2000, p. 71-93

19. 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]
20. 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
21. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health. Washington, 11(5/6), 2002 p. 302.
22. 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/.../conceptualframeworkforaction...
23. 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.acceso07/18/2012]. Disponible en www.thecanadianfacts.org/the_canadian_fact...
24. Wilkinson R. Marmot, M. Social Determinants of Health: The Solid facts. Copenhagen: world health organization. Second edition, 2003, ISBN 9289013710. [acceso26/10/2012]. Disponible en <http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.PDF>.
25. 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>.
26. 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
27. Navarro V. The political and social contexts of health. Amityville, New York: Baywood Publishing; 2004-
28. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* Copenhagen, 1992; 22: 429–45.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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>.
33. 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-determinantees-sociales-las-desigualdades-13188272/-elementos-estrategicos-2010?bd=1>
34. 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.

35. 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
36. Sihto M. Reducing socioeconomic inequalities in health. Health Policy Monitor. Barcelona, España, 2007. [acceso 011/16/ 2012]. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/fi/a9/2>.
37. National Institute for Health Research (UK). Delivering health research: progress report 2008/09. London: Department of Health. 2009.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. Borrell C. Rodríguez-Sanz M. Pérez, G. Garcia-Altés A. Las desigualdades sociales en salud en el Estado español. Revista Atención Primaria. 40(02)2008[acceso 24/08/2012]. Disponible en: http://www2.uah.es/catedra_aps/articulos/Desigualdades%20Salud_Estado%20Espanol.pdf
42. De Carvalho AI. Marchiori P. B. Determinantes sociales de la salud, la Enfermedad e intervenciones escrito en portugués y traducido al español. In: Giovanella L., Escorel S., Lobato L. Noronha J. C. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2008. [acceso 6/12/2012] .Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/Determinantes%20de%20la%20saludtraducci%C3%B3n%20al%20espa%C3%B1ol%20REVISADA.pdf.

43. Berlinnguer, Determinantes sociales de las Enfermedades. Revista Cubana de Salud Pública. Sociedad cubana de administración de salud.33 (001), La Habana: 2007. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma del Estado de México.[citado 7/12/2012]Disponible en: <http://Redalyc.uaemex>.
44. Lobato S. Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los Determinantes sociales de la salud. *Revista Investigación y Ciencia de la universidad Autónoma de aguas calientes. México; 2010*, [revista en línea] [consultado 17 diciembre 2012] 48, enero-abril. Disponible en redalyc.uaemex.mx/.../ForazarDescargaArchivo.jsp?
45. Silva H. Frez P. Valenzuela MT. Marchetti N. Solís MT. Doce lecciones para el desarrollo de indicadores locales de determinantes sociales de la salud. Revista Salud Pública Universidad de Chile. 3 (3) 2009. [acceso 7 /12/2012].Disponible en:
<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/530/440>.
46. 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
47. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud y la Discapacidad [CIF]. Madrid, España: IMSERSO, 2001, p 231.
48. 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
49. 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)
50. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. Dirección de censos y demografía. Registro para la localización y caracterización de las

- personas con discapacidad. Bogotá, 2001. [acceso 12 jul 2012]. Disponible en: [www.dane.gov.co/files/.../discapacidad/informe gestión](http://www.dane.gov.co/files/.../discapacidad/informe_gestion).
51. Ospina R. S. Programa de Discapacidad Red de Solidaridad Social. Estudio de prevalencia de Discapacidad. Revisión de estudios sobre situación de discapacidad en Colombia. Cali, Valle del Cauca, 2001. [acceso 7/12/2012]. Disponible en: www.discapacidadcolombia.com/documentos/estadistica.doc.
 52. Cuervo C. Trujillo A. Vargas DR. Mena B. Pérez L. Discapacidad inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Banco de Ideas Publicitarias Ltda., primera edición, 2005, p. 313. [acceso 12/07/ 2012]. Disponible en: <http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/discapacidad-en-colombia-reto-para-la-inclusion-en-capital-humano.pdf>.
 53. Hernández J. Marco de referencia para la política económica de la discapacidad en Colombia. Tesis de Grado Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Bogotá; 2004.
 54. 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 en Colombia-reto para la inclusión social](http://www.colombialider.org/...discapacidad%20en%20Colombia-reto%20para%20la%20inclusi3n%20social).
 55. Instituto Universitario de Estudios Europeos. La accesibilidad en España, diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras. IMSERSO Universidad Autónoma de Barcelona, 2002. p. 341. SBN/ISSN: 84-8446-048-7. [acceso 12/07/2012]. Disponible en: [www.infodisclm.com/.../accesibilidad/ libro verde accesibilidad.htm](http://www.infodisclm.com/.../accesibilidad/libro_verde_accesibilidad.htm).
 56. Fondo Nacional de la Discapacidad [FONADIS]. Primer estudio de la discapacidad en Chile. Abril de 2005. [acceso 12/10/ 2012]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacid.php
 57. Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. Plan Nacional de igualdad y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. La Paz, Bolivia. 2006. Revista de salud pública.

- [acceso 9/11/2012]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ndis27668.pdf>.
58. Santos H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista cubana Salud Publica* V.37. N.2 Ciudad de la Habana, 2011, p. 4-6 [acceso 9/ 11/2012]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000200007&script=sci_arttext
59. 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
60. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, resolución 8430 de 1993, Republica de Colombia. Ministerio de salud (1993) [acceso 10/07/ 2012]. Disponible en [www. Dib.unal.edu.co/promoción/ética Res 8430 1993.pdf](http://www.Dib.unal.edu.co/promoción/ética/Res_8430_1993.pdf).
61. 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>
62. 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
63. Cott CA. Gignac MA. Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health*. Canadá, 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>
64. Astorga LF. Incluyendo a las personas con discapacidad en las políticas de desarrollo. Managua, Nicaragua, 2007. p. 3. [acceso 12/12/2012]. Disponible en www.inlatina.org/.../astorga-incluyendo-a-las-personas-con-discapacidad.pdf

65. Pantano L. La palabra “discapacidad” como término abarcativo. Observaciones y comentarios sobre su uso. Argentina, 2001. [citado 7 /12/2012]. Disponible en: www.uca.edu.ar/uca/common/grupo12/files/c9_total.pdf
66. Hernández J. Hernández I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Revista Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional, 2005, 7, 130-44. [acceso 13/12/2012]. Disponible en [www.docentes.unal.edu.co/idhernandezu/.../...](http://www.docentes.unal.edu.co/idhernandezu/.../)
67. Mitra S. The capability approach and disability. Journal of Disability Police Studies. Madrid, España, 2006 16 (4,) p. 236-24
68. Ríos A. Programa de formación docente PFID. Universidad Santiago de Compostela. Galicia. España, 2007.[acceso 12/11/ 2012]. Disponible en: <http://www.usc.es/pfid>
69. Gómez CA. Cuervo C. Conceptualización de discapacidad perfil para Colombia. Reflexiones para Colombia. Maestría en discapacidad e inclusión. Universidad Nacional, Facultad de Medicina, Bogotá, 2007, ISBN 987-958-701-852-3. [acceso 24/08/2012]. Disponible en: [www.bdigital.unal.edu.a /2532/1/9789587018523.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.a/2532/1/9789587018523.pdf).
70. Hernández T. Acciones sobre los determinantes sociales de la salud en Venezuela. Revista Cubana de Salud Pública. 36 (4) Maracay, Venezuela, 2010 [acceso 12/11/2012]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662010000400013&script=sci_arttext
71. Arrieta R. Caro G. Determinantes sociales y disparidades de la morbilidad por enfermedades respiratorias agudas (ERA) en niñas y niños de uno a cuatro años en Colombia. Revista Gerencia Política en salud. Bogotá: Universidad Javeriana. 9 (18), enero - junio de 2010. [acceso 23 /08/.2012]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol9_n_18/estudios_pdf

III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD	
<p>27. ¿Por su condición de salud, presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:</p> <p>1. <input type="radio"/> El sistema nervioso</p> <p>2. <input type="radio"/> Los ojos</p> <p>3. <input type="radio"/> Los oídos</p> <p>4. <input type="radio"/> Los dispositivos de los miembros (brazos, manos y pies)</p> <p>5. <input type="radio"/> La voz y el habla</p> <p>6. <input type="radio"/> El sistema cardiovascular y los pulmones</p> <p>7. <input type="radio"/> La digestión, el metabolismo, los tejidos</p> <p>8. <input type="radio"/> El sistema genético y cromosómico</p> <p>9. <input type="radio"/> El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas</p> <p>10. <input type="radio"/> La piel</p> <p>11. <input type="radio"/> Otra</p> <p>12. <input type="radio"/> Ninguna (pasa a 30)</p>	<p>28. ¿Este o estos son el origen de su discapacidad?</p> <p>1. <input type="radio"/> Sí</p> <p>2. <input type="radio"/> No (pasa a 43)</p>
<p>28. De las anteriores condiciones de salud, ¿cuál es la que más le afecta?</p> <p><input type="text"/></p>	<p>33. Principalmente, ¿cuáles capacidades o conciencia de:</p> <p>1. <input type="radio"/> Conciencia de salud y la enfermedad (pasos a 43)</p> <p>2. <input type="radio"/> Comprensión en el punto</p> <p>3. <input type="radio"/> Entendimiento general</p> <p>4. <input type="radio"/> Actitudes positivas, los valores</p> <p>5. <input type="radio"/> Lesión subjetiva</p> <p>6. <input type="radio"/> Enfermedad profesional (pasa a 36)</p> <p>7. <input type="radio"/> Consumo de sustancias (pasa a 37)</p> <p>8. <input type="radio"/> Trauma natural (pasa a 39)</p> <p>9. <input type="radio"/> Accidentes (pasa a 38)</p> <p>10. <input type="radio"/> Víctima de violencia (pasa a 40)</p> <p>11. <input type="radio"/> Conflictos armados (pasa a 41)</p> <p>12. <input type="radio"/> Utilización en la prestación de servicios de salud (pasa a 42)</p> <p>13. <input type="radio"/> Otra cosa (pasa a 43)</p>
<p>29. ¿Hace cuántas años presenta esta condición de salud?</p> <p><input type="text"/> Años</p>	<p>35. Enfermedad profesional por:</p> <p>1. <input type="radio"/> Ambiente laboral (falta de lugar de trabajo)</p> <p>2. <input type="radio"/> Condiciones de seguridad (herramientas, 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"/> Equipamiento de trabajo (deficiente)</p> <p>6. <input type="radio"/> Otro cosa</p>
<p>30. En sus actividades diarias presenta dificultades o problemas para:</p> <p>1. <input type="radio"/> Ver, escuchar</p> <p>2. <input type="radio"/> Escribir, leer, elegir el ritmo o personas a pasar el tiempo libre o fiestas</p> <p>3. <input type="radio"/> Cuidar, mantener o reparar los aparatos</p> <p>4. <input type="radio"/> El trabajo cotidiano o diario</p> <p>5. <input type="radio"/> Trabajar y/o manejar</p> <p>6. <input type="radio"/> Conducir en coches o motos por problemas relacionados o del conductor</p> <p>7. <input type="radio"/> Mantener hogar, administrar los alimentos</p> <p>8. <input type="radio"/> Usar o manipular armas, hacer trabajos con cables, hacer tijas</p> <p>9. <input type="radio"/> Conducir, operar, usar</p> <p>10. <input type="radio"/> Movimiento físico, salud y bienestar</p> <p>11. <input type="radio"/> Participar con los demás en reuniones o eventos</p> <p>12. <input type="radio"/> Usar, manejar, utilizar objetos con los manos</p> <p>13. <input type="radio"/> Controlar y sentirse los posiciones del cuerpo</p> <p>14. <input type="radio"/> Alimentarse, vestirse y/o cubrirse por el invierno</p> <p>15. <input type="radio"/> Otras</p> <p>16. <input type="radio"/> Ninguna</p>	<p>37. Por consumo de sustancias:</p> <p>1. <input type="radio"/> Alcoholismo (pasos a 43)</p> <p>2. <input type="radio"/> Consumo de sustancias psicoactivas (pasos a 43)</p>
<p>31. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas a que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?</p> <p>1. <input type="radio"/> Familiares</p> <p>2. <input type="radio"/> Amigos, compañeros</p> <p>3. <input type="radio"/> Vecinos</p> <p>4. <input type="radio"/> Funcionarios, autoridades</p> <p>5. <input type="radio"/> Otras personas</p> <p>6. <input type="radio"/> Ninguna</p>	<p>38. Desastre natural:</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>32. ¿En qué lugares de su vida cotidiana, ¿cuáles situaciones le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?</p> <p>1. <input type="radio"/> Comercio</p> <p>2. <input type="radio"/> Banca, comercio</p> <p>3. <input type="radio"/> Centro - asistencia</p> <p>4. <input type="radio"/> Escuelas</p> <p>5. <input type="radio"/> Parques - públicos</p> <p>6. <input type="radio"/> Asentamientos</p> <p>7. <input type="radio"/> Centros de salud</p> <p>8. <input type="radio"/> Espacios públicos, parques, plazas, jardines</p> <p>9. <input type="radio"/> Paraderos, transferencias de transporte</p> <p>10. <input type="radio"/> Servicios de transporte público</p> <p>11. <input type="radio"/> Centros recreativos</p> <p>12. <input type="radio"/> Lugares de trabajo</p> <p>13. <input type="radio"/> Centros de salud, hospitales</p> <p>14. <input type="radio"/> Centros comerciales, ferias, plazas de mercado</p> <p>15. <input type="radio"/> Otros lugares</p> <p>16. <input type="radio"/> Ninguno</p>	<p>39. Por accidentes:</p> <p>1. <input type="radio"/> No les aplica</p> <p>2. <input type="radio"/> Sin fuego</p> <p>3. <input type="radio"/> Con el fuego relacionado</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>33. ¿En qué lugares de su vida cotidiana, ¿cuáles situaciones le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?</p> <p>1. <input type="radio"/> Comercio</p> <p>2. <input type="radio"/> Banca, comercio</p> <p>3. <input type="radio"/> Centro - asistencia</p> <p>4. <input type="radio"/> Escuelas</p> <p>5. <input type="radio"/> Parques - públicos</p> <p>6. <input type="radio"/> Asentamientos</p> <p>7. <input type="radio"/> Centros de salud</p> <p>8. <input type="radio"/> Espacios públicos, parques, plazas, jardines</p> <p>9. <input type="radio"/> Paraderos, transferencias de transporte</p> <p>10. <input type="radio"/> Servicios de transporte público</p> <p>11. <input type="radio"/> Centros recreativos</p> <p>12. <input type="radio"/> Lugares de trabajo</p> <p>13. <input type="radio"/> Centros de salud, hospitales</p> <p>14. <input type="radio"/> Centros comerciales, ferias, plazas de mercado</p> <p>15. <input type="radio"/> Otros lugares</p> <p>16. <input type="radio"/> Ninguno</p>	<p>40. Como víctima de violencia:</p> <p>1. <input type="radio"/> Al interior del hogar</p> <p>2. <input type="radio"/> Dentro del hogar</p> <p>3. <input type="radio"/> En el</p> <p>4. <input type="radio"/> Otra</p>
<p>34. ¿En qué lugares de su vida cotidiana, ¿cuáles situaciones le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?</p> <p>1. <input type="radio"/> Comercio</p> <p>2. <input type="radio"/> Banca, comercio</p> <p>3. <input type="radio"/> Centro - asistencia</p> <p>4. <input type="radio"/> Escuelas</p> <p>5. <input type="radio"/> Parques - públicos</p> <p>6. <input type="radio"/> Asentamientos</p> <p>7. <input type="radio"/> Centros de salud</p> <p>8. <input type="radio"/> Espacios públicos, parques, plazas, jardines</p> <p>9. <input type="radio"/> Paraderos, transferencias de transporte</p> <p>10. <input type="radio"/> Servicios de transporte público</p> <p>11. <input type="radio"/> Centros recreativos</p> <p>12. <input type="radio"/> Lugares de trabajo</p> <p>13. <input type="radio"/> Centros de salud, hospitales</p> <p>14. <input type="radio"/> Centros comerciales, ferias, plazas de mercado</p> <p>15. <input type="radio"/> Otros lugares</p> <p>16. <input type="radio"/> Ninguno</p>	<p>41. ¿En qué lugares de su vida cotidiana, ¿cuáles situaciones le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?</p> <p>1. <input type="radio"/> Comercio</p> <p>2. <input type="radio"/> Banca, comercio</p> <p>3. <input type="radio"/> Centro - asistencia</p> <p>4. <input type="radio"/> Escuelas</p> <p>5. <input type="radio"/> Parques - públicos</p> <p>6. <input type="radio"/> Asentamientos</p> <p>7. <input type="radio"/> Centros de salud</p> <p>8. <input type="radio"/> Espacios públicos, parques, plazas, jardines</p> <p>9. <input type="radio"/> Paraderos, transferencias de transporte</p> <p>10. <input type="radio"/> Servicios de transporte público</p> <p>11. <input type="radio"/> Centros recreativos</p> <p>12. <input type="radio"/> Lugares de trabajo</p> <p>13. <input type="radio"/> Centros de salud, hospitales</p> <p>14. <input type="radio"/> Centros comerciales, ferias, plazas de mercado</p> <p>15. <input type="radio"/> Otros lugares</p> <p>16. <input type="radio"/> Ninguno</p>
<p>35. ¿Cuáles son las dificultades relacionadas con la discapacidad?</p> <p>1. <input type="radio"/> Sí</p> <p>2. <input type="radio"/> No</p> <p>3. <input type="radio"/> No sabe</p>	<p>42. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:</p> <p>1. <input type="radio"/> Atención médica incorrecta</p> <p>2. <input type="radio"/> Falta de información al diagnóstico</p> <p>3. <input type="radio"/> Falta de información al paciente sobre sus necesidades</p> <p>4. <input type="radio"/> Dificultades en la calidad de la atención</p> <p>5. <input type="radio"/> Otra</p>
<p>36. ¿En qué departamento ocurrió la discapacidad?</p> <p><input type="text"/></p>	<p>43. ¿En qué municipio ocurrió la discapacidad?</p> <p><input type="text"/></p>

IV. SALUD	
46. ¿Falta afeitarse a diario? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No (pasar a 46)	48. Posteriormente, ¿a qué institución se repara el ojo? 1 <input type="radio"/> A los servicios de salud y rehabilitación visual 2 <input type="radio"/> Al sector de la familia 3 <input type="radio"/> A un servicio particular 4 <input type="radio"/> Al sector de ONG 5 <input type="radio"/> A la institución de salud o institución 6 <input type="radio"/> Otro
47. ¿Cuál es el tipo de afección? 1 <input type="radio"/> Cataratas 2 <input type="radio"/> Glaucoma 3 <input type="radio"/> Retinopatía diabética 4 <input type="radio"/> Miopía 5 <input type="radio"/> Hipermetropía (pasar a 47) 6 <input type="radio"/> No sabe	49. ¿Cuál institución de salud? <input type="text"/>
49. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No	50. ¿Actualmente es la institución al servicio de rehabilitación? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No (pasar a 51)
51. ¿Usa usted sus facultades laborales o profesionales al máximo de su capacidad? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No	51. ¿Cuáles paga la rehabilitación? 1 <input type="radio"/> El sistema general de salud 2 <input type="radio"/> La familia 3 <input type="radio"/> Seguro de salud 4 <input type="radio"/> Una ONG 5 <input type="radio"/> El empleador 6 <input type="radio"/> Otro
52. ¿Ha recibido un diagnóstico especializado o diagnóstico por imagen? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No	52. ¿El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: 1 <input type="radio"/> Público 2 <input type="radio"/> Privado (pasar a 53) 3 <input type="radio"/> No sabe
53. ¿Utiliza cualquier tipo de ayudas tecnológicas, prótesis o dispositivos para escuchar? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No	53. ¿Por qué no recibe un servicio de rehabilitación? 1 <input type="radio"/> No existe el servicio 2 <input type="radio"/> Como pago por el servicio 3 <input type="radio"/> No me interesa 4 <input type="radio"/> Falta de dinero 5 <input type="radio"/> El centro de salud de donde voy lejos 6 <input type="radio"/> No hay tiempo libre 7 <input type="radio"/> No sé
54. ¿Utiliza cualquier tipo de ayudas tecnológicas, prótesis o dispositivos para escuchar? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No	54. ¿Cuál otro servicio de salud recibe o recibe de rehabilitación? <input type="text"/> Alto
55. ¿Cada cuánto tiempo visita a su familia, parientes o amigos para escuchar? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No	55. ¿Sabe si el municipio cuenta con servicios de rehabilitación? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
56. ¿Utiliza cualquier tipo de ayudas tecnológicas, prótesis o dispositivos para escuchar? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No (pasar a 57)	
57. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para sus actividades? 1 <input type="radio"/> Aquella persona que 2 <input type="radio"/> Persona con una computadora 3 <input type="radio"/> Persona con una computadora para ayudar 4 <input type="radio"/> Otro	
58. ¿Se está recuperando de su discapacidad? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No (pasar a 58)	

V. EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más	
66. ¿Sabe leer y escribir? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No	70. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No (pasar a 71)
67. ¿Asiste regularmente a algún establecimiento educativo? 1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No (pasar a 72)	71. ¿Cuál es la causa principal por la cual no asiste? 1 <input type="radio"/> Porque ya terminó el curso porque no está en edad escolar 2 <input type="radio"/> Porque no tiene acceso a la educación 3 <input type="radio"/> Falta de tiempo 4 <input type="radio"/> No quiere ir al colegio 5 <input type="radio"/> Falta de apoyo 6 <input type="radio"/> No quiere ir al colegio 7 <input type="radio"/> Necesita ir al colegio 8 <input type="radio"/> No le gusta o no le interesa el colegio 9 <input type="radio"/> Porque el colegio no es gratuito 10 <input type="radio"/> Porque el colegio no es bueno 11 <input type="radio"/> Porque el colegio no es bueno 12 <input type="radio"/> Otro
68. ¿Está estudiando en el colegio? 1 <input type="radio"/> Público 2 <input type="radio"/> Privado	
69. ¿Para asistir a los programas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo? 1 <input type="radio"/> 1. Profesor 2 <input type="radio"/> 2. Tercero 3 <input type="radio"/> 3. Tercero 4 <input type="radio"/> 4. Ninguno	

V. EDUCACIÓN: para personas de 7 años y más - COMPLECIÓN -

<p>V.1. ¿Cuál fue el último año escolar que asistió?</p> <p>Preescolar: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/></p> <p>Primaria: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/></p> <p>Secundaria: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/></p> <p>Tercero o noveno grado: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/></p> <p>Universidad: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/></p> <p>Postgrado: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/></p> <p>Ninguno: 1 <input type="radio"/> (hasta a 7)</p> <p>V.2. ¿Tiene un título o diploma?</p> <p>1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/></p>	<p>V.3. Escriba algún otro nivel de escolaridad, institución, escuela:</p> <p>Edad: 17 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60 63 66 69 72 75 78 81 84 87 90 93 96 99 102 105 108 111 114 117 120 123 126 129 132 135 138 141 144 147 150 153 156 159 162 165 168 171 174 177 180 183 186 189 192 195 198 201 204 207 210 213 216 219 222 225 228 231 234 237 240 243 246 249 252 255 258 261 264 267 270 273 276 279 282 285 288 291 294 297 300 303 306 309 312 315 318 321 324 327 330 333 336 339 342 345 348 351 354 357 360 363 366 369 372 375 378 381 384 387 390 393 396 399 402 405 408 411 414 417 420 423 426 429 432 435 438 441 444 447 450 453 456 459 462 465 468 471 474 477 480 483 486 489 492 495 498 501 504 507 510 513 516 519 522 525 528 531 534 537 540 543 546 549 552 555 558 561 564 567 570 573 576 579 582 585 588 591 594 597 600 603 606 609 612 615 618 621 624 627 630 633 636 639 642 645 648 651 654 657 660 663 666 669 672 675 678 681 684 687 690 693 696 699 702 705 708 711 714 717 720 723 726 729 732 735 738 741 744 747 750 753 756 759 762 765 768 771 774 777 780 783 786 789 792 795 798 801 804 807 810 813 816 819 822 825 828 831 834 837 840 843 846 849 852 855 858 861 864 867 870 873 876 879 882 885 888 891 894 897 900 903 906 909 912 915 918 921 924 927 930 933 936 939 942 945 948 951 954 957 960 963 966 969 972 975 978 981 984 987 990 993 996 999 1002 1005 1008 1011 1014 1017 1020 1023 1026 1029 1032 1035 1038 1041 1044 1047 1050 1053 1056 1059 1062 1065 1068 1071 1074 1077 1080 1083 1086 1089 1092 1095 1098 1101 1104 1107 1110 1113 1116 1119 1122 1125 1128 1131 1134 1137 1140 1143 1146 1149 1152 1155 1158 1161 1164 1167 1170 1173 1176 1179 1182 1185 1188 1191 1194 1197 1200 1203 1206 1209 1212 1215 1218 1221 1224 1227 1230 1233 1236 1239 1242 1245 1248 1251 1254 1257 1260 1263 1266 1269 1272 1275 1278 1281 1284 1287 1290 1293 1296 1299 1302 1305 1308 1311 1314 1317 1320 1323 1326 1329 1332 1335 1338 1341 1344 1347 1350 1353 1356 1359 1362 1365 1368 1371 1374 1377 1380 1383 1386 1389 1392 1395 1398 1401 1404 1407 1410 1413 1416 1419 1422 1425 1428 1431 1434 1437 1440 1443 1446 1449 1452 1455 1458 1461 1464 1467 1470 1473 1476 1479 1482 1485 1488 1491 1494 1497 1500 1503 1506 1509 1512 1515 1518 1521 1524 1527 1530 1533 1536 1539 1542 1545 1548 1551 1554 1557 1560 1563 1566 1569 1572 1575 1578 1581 1584 1587 1590 1593 1596 1599 1602 1605 1608 1611 1614 1617 1620 1623 1626 1629 1632 1635 1638 1641 1644 1647 1650 1653 1656 1659 1662 1665 1668 1671 1674 1677 1680 1683 1686 1689 1692 1695 1698 1701 1704 1707 1710 1713 1716 1719 1722 1725 1728 1731 1734 1737 1740 1743 1746 1749 1752 1755 1758 1761 1764 1767 1770 1773 1776 1779 1782 1785 1788 1791 1794 1797 1800 1803 1806 1809 1812 1815 1818 1821 1824 1827 1830 1833 1836 1839 1842 1845 1848 1851 1854 1857 1860 1863 1866 1869 1872 1875 1878 1881 1884 1887 1890 1893 1896 1899 1902 1905 1908 1911 1914 1917 1920 1923 1926 1929 1932 1935 1938 1941 1944 1947 1950 1953 1956 1959 1962 1965 1968 1971 1974 1977 1980 1983 1986 1989 1992 1995 1998 2001 2004 2007 2010 2013 2016 2019 2022 2025 2028 2031 2034 2037 2040 2043 2046 2049 2052 2055 2058 2061 2064 2067 2070 2073 2076 2079 2082 2085 2088 2091 2094 2097 2100 2103 2106 2109 2112 2115 2118 2121 2124 2127 2130 2133 2136 2139 2142 2145 2148 2151 2154 2157 2160 2163 2166 2169 2172 2175 2178 2181 2184 2187 2190 2193 2196 2199 2202 2205 2208 2211 2214 2217 2220 2223 2226 2229 2232 2235 2238 2241 2244 2247 2250 2253 2256 2259 2262 2265 2268 2271 2274 2277 2280 2283 2286 2289 2292 2295 2298 2301 2304 2307 2310 2313 2316 2319 2322 2325 2328 2331 2334 2337 2340 2343 2346 2349 2352 2355 2358 2361 2364 2367 2370 2373 2376 2379 2382 2385 2388 2391 2394 2397 2400 2403 2406 2409 2412 2415 2418 2421 2424 2427 2430 2433 2436 2439 2442 2445 2448 2451 2454 2457 2460 2463 2466 2469 2472 2475 2478 2481 2484 2487 2490 2493 2496 2499 2502 2505 2508 2511 2514 2517 2520 2523 2526 2529 2532 2535 2538 2541 2544 2547 2550 2553 2556 2559 2562 2565 2568 2571 2574 2577 2580 2583 2586 2589 2592 2595 2598 2601 2604 2607 2610 2613 2616 2619 2622 2625 2628 2631 2634 2637 2640 2643 2646 2649 2652 2655 2658 2661 2664 2667 2670 2673 2676 2679 2682 2685 2688 2691 2694 2697 2700 2703 2706 2709 2712 2715 2718 2721 2724 2727 2730 2733 2736 2739 2742 2745 2748 2751 2754 2757 2760 2763 2766 2769 2772 2775 2778 2781 2784 2787 2790 2793 2796 2799 2802 2805 2808 2811 2814 2817 2820 2823 2826 2829 2832 2835 2838 2841 2844 2847 2850 2853 2856 2859 2862 2865 2868 2871 2874 2877 2880 2883 2886 2889 2892 2895 2898 2901 2904 2907 2910 2913 2916 2919 2922 2925 2928 2931 2934 2937 2940 2943 2946 2949 2952 2955 2958 2961 2964 2967 2970 2973 2976 2979 2982 2985 2988 2991 2994 2997 3000 3003 3006 3009 3012 3015 3018 3021 3024 3027 3030 3033 3036 3039 3042 3045 3048 3051 3054 3057 3060 3063 3066 3069 3072 3075 3078 3081 3084 3087 3090 3093 3096 3099 3102 3105 3108 3111 3114 3117 3120 3123 3126 3129 3132 3135 3138 3141 3144 3147 3150 3153 3156 3159 3162 3165 3168 3171 3174 3177 3180 3183 3186 3189 3192 3195 3198 3201 3204 3207 3210 3213 3216 3219 3222 3225 3228 3231 3234 3237 3240 3243 3246 3249 3252 3255 3258 3261 3264 3267 3270 3273 3276 3279 3282 3285 3288 3291 3294 3297 3300 3303 3306 3309 3312 3315 3318 3321 3324 3327 3330 3333 3336 3339 3342 3345 3348 3351 3354 3357 3360 3363 3366 3369 3372 3375 3378 3381 3384 3387 3390 3393 3396 3399 3402 3405 3408 3411 3414 3417 3420 3423 3426 3429 3432 3435 3438 3441 3444 3447 3450 3453 3456 3459 3462 3465 3468 3471 3474 3477 3480 3483 3486 3489 3492 3495 3498 3501 3504 3507 3510 3513 3516 3519 3522 3525 3528 3531 3534 3537 3540 3543 3546 3549 3552 3555 3558 3561 3564 3567 3570 3573 3576 3579 3582 3585 3588 3591 3594 3597 3600 3603 3606 3609 3612 3615 3618 3621 3624 3627 3630 3633 3636 3639 3642 3645 3648 3651 3654 3657 3660 3663 3666 3669 3672 3675 3678 3681 3684 3687 3690 3693 3696 3699 3702 3705 3708 3711 3714 3717 3720 3723 3726 3729 3732 3735 3738 3741 3744 3747 3750 3753 3756 3759 3762 3765 3768 3771 3774 3777 3780 3783 3786 3789 3792 3795 3798 3801 3804 3807 3810 3813 3816 3819 3822 3825 3828 3831 3834 3837 3840 3843 3846 3849 3852 3855 3858 3861 3864 3867 3870 3873 3876 3879 3882 3885 3888 3891 3894 3897 3900 3903 3906 3909 3912 3915 3918 3921 3924 3927 3930 3933 3936 3939 3942 3945 3948 3951 3954 3957 3960 3963 3966 3969 3972 3975 3978 3981 3984 3987 3990 3993 3996 4000</p> <p>Edad: <input type="text"/></p> <p>V.4. ¿La educación que le resultó de respuesta a sus necesidades de?</p> <p>1 <input type="radio"/> SI</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p> <p>V.5. Si le otorga la oportunidad de estudiar o seguir en la escuela, ¿lo haría?</p> <p>1 <input type="radio"/> SI</p> <p>2 <input type="radio"/> NO</p>
--	---

VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS: para personas de 10 años y más

<p>VI.1. ¿Participa en actividades:</p> <p>1 <input type="radio"/> SI. Con la familia y amigos</p> <p>2 <input type="radio"/> SI. Con la comunidad</p> <p>3 <input type="radio"/> SI. Religiosa o espiritual</p> <p>4 <input type="radio"/> SI. Recreativas</p> <p>5 <input type="radio"/> SI. Deportes o de recreación</p> <p>6 <input type="radio"/> SI. Cultural</p> <p>7 <input type="radio"/> SI. Organizaciones locales</p> <p>8 <input type="radio"/> SI. Organizadas</p> <p>9 <input type="radio"/> SI. Otras</p> <p>10 <input type="radio"/> NO. Ninguna</p> <p>VI.2. ¿Le gustaría estar participando en alguna de estas actividades?</p> <p>1 <input type="radio"/> SI (hasta a 10)</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>VI.3. Si no le es posible participar por lo cual no participa en ninguna actividad:</p> <p>1 <input type="radio"/> Falta de dinero</p> <p>2 <input type="radio"/> Falta de tiempo</p> <p>3 <input type="radio"/> No sabe lo que tiene que hacer</p> <p>4 <input type="radio"/> No tiene recursos o información</p> <p>5 <input type="radio"/> No sabe dónde ir</p> <p>6 <input type="radio"/> No sabe cómo ir</p> <p>7 <input type="radio"/> Sus actividades o compromisos lo impiden</p> <p>8 <input type="radio"/> Problemas de salud que impiden ir</p> <p>9 <input type="radio"/> Otra</p> <p>VI.4. ¿Participaría en una organización de la familia o de la comunidad si le permitieran tener tiempo libre?</p> <p>1 <input type="radio"/> SI</p> <p>2 <input type="radio"/> NO</p>
---	--

VII. TRABAJO: para personas de 15 años y más

<p>VII.1. ¿Cuándo le ofrecieron trabajo, le ofrecieron principalmente:</p> <p>1 Trabajo</p> <p>2 Mercado laboral</p> <p>3 Una persona o institución para trabajar o dar trabajo</p> <p>4 Una institución gubernamental para trabajar o dar trabajo</p> <p>5 Otra institución</p> <p>6 Reconocimiento del jefe</p> <p>7 Reconocimiento</p> <p>8 Permisos o licencia</p> <p>9 Reconocimiento de autoridades</p> <p>10 Otro</p> <p>VII.2. ¿Qué tipo de trabajo le ofrecieron?</p> <p>1 a tiempo fijo</p> <p>2 a tiempo reducido</p> <p>3 a tiempo parcial</p> <p>VII.3. La actividad se concierne con la salud, al menos una vez, en:</p> <p>1. Inactividad</p> <p>2. Comedia</p> <p>3. Agricultura</p> <p>4. Pesca</p> <p>5. Comercio</p> <p>6. Construcción</p> <p>VII.4. ¿En qué ámbito le ofrecen el trabajo?</p> <p>1. Comercio - venta de cosas o servicios</p> <p>2. Comercio - compra de cosas o servicios</p> <p>3. Comercio - venta</p> <p>4. Trabajo a tiempo fijo</p> <p>5. Trabajo a tiempo parcial</p> <p>6. Trabajo para propia cuenta</p> <p>7. Comercio (o) de servicios</p> <p>8. Trabajo en el hogar</p> <p>9. Trabajo en el hogar</p>	<p>VII.5. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?</p> <p>1 <input type="radio"/> SI</p> <p>2 <input type="radio"/> NO</p> <p>VII.6. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?</p> <p>\$ <input type="text"/></p> <p>VII.7. ¿Sugiere, para enfrentar sus problemas, que se realicen algunas de las siguientes acciones?</p> <p>1 <input type="radio"/> SI</p> <p>2 <input type="radio"/> No (hasta a 10)</p> <p>VII.8. ¿Obliga realizar le cosas de casa?</p> <p>1 <input type="radio"/> SI/NO SI</p> <p>2 <input type="radio"/> Otra institución pública</p> <p>3 <input type="radio"/> Otra institución privada</p> <p>VII.9. ¿A qué se dedica por el momento?</p> <p>1 <input type="radio"/> Mejorar sus condiciones</p> <p>2 <input type="radio"/> Comercio de cosas o servicios</p> <p>3 <input type="radio"/> No se dedica a nada</p>
--	--

IMPORTEANTE: LA OMS y sus colaboradores a través de varias instituciones han sido invitados a desarrollar una serie de herramientas y metodologías innovadoras para abordar la discapacidad con base en el perfil social. (Elaborar documentos sobre discapacidad y el bienestar)

A través de TRAMP se entregó los instrumentos de recolección de datos de planificación de salud de la población con discapacidad

Nombre: Fecha:

Dirección: Teléfono:

Anexo 2. Tablas SPSS Univariado

sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	398	54,8	54,8	54,8
	Mujer	328	45,2	45,2	100,0
	Total	726	100,0	100,0	

Edad quinquenio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-4	27	3,7	3,7	3,7
	5-9	39	5,4	5,4	9,1
	10-14	60	8,3	8,3	17,4
	15-19	62	8,5	8,5	25,9
	20-24	52	7,2	7,2	33,1
	25-29	55	7,6	7,6	40,6
	30-34	61	8,4	8,4	49,0
	35-39	46	6,3	6,3	55,4
	40-44	53	7,3	7,3	62,7
	45-49	48	6,6	6,6	69,3
	50-54	41	5,6	5,6	74,9
	55-59	41	5,6	5,6	80,6
	60-64	31	4,3	4,3	84,8
	65-69	21	2,9	2,9	87,7
	70-74	24	3,3	3,3	91,0
	75-79	21	2,9	2,9	93,9
	80-84	20	2,8	2,8	96,7
	85-89	14	1,9	1,9	98,6
	90-94	7	1,0	1,0	99,6
	95-99	2	,3	,3	99,9
	Mayores de 100	1	,1	,1	100,0
	Total	726	100,0	100,0	

Nivel Educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	305	42,0	42,0	42,0
	Preescolar	48	6,6	6,6	48,6
	Primaria	167	23,0	23,0	71,6
	Secundaria	142	19,6	19,6	91,2
	Tecnico	35	4,8	4,8	96,0
	Tecnologo	20	2,8	2,8	98,8
	Universidad	9	1,2	1,2	100,0

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Total	726	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

Etnia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Negro	40	5,5	5,5	5,5
Indígena	2	,3	,3	5,8
Mestizo	636	87,6	87,6	93,4
Otros	24	3,3	3,3	96,7
No sabe	24	3,3	3,3	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Area

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no sabe, no responde	9	1,2	1,2	1,2
Cabecera	436	60,1	60,1	61,3
centro poblado	256	35,3	35,3	96,6
rural disperso	25	3,4	3,4	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Estrato

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Estrato 1	503	69,3	69,3	69,3
Estrato 2	78	10,7	10,7	80,0
Estrato 3	136	18,7	18,7	98,8
Estrato 4	6	,8	,8	99,6
Estrato 5	3	,4	,4	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Consecuencia de la Discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no sabe, no responde	149	20,5	20,5	20,5
Condiciones de salud madre gestante	100	13,8	13,8	34,3
Complicaciones en el parto	52	7,2	7,2	41,5
Enfermedad general	137	18,9	18,9	60,3
Alteracion genetica, hereditaria	82	11,3	11,3	71,6

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Lesion autoinfligida	6	,8	,8	72,5
Enfermedad Profesional	18	2,5	2,5	74,9
Consumo de psicoactivos	2	,3	,3	75,2
Desastre natural	2	,3	,3	75,5
Accidente	79	10,9	10,9	86,4
Victima de violencia	14	1,9	1,9	88,3
Dificultades en la prestacion de S. salud	23	3,2	3,2	91,5
Otra causa	62	8,5	8,5	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Afiliacion a salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	90	12,4	12,4	12,4
Si	623	85,8	85,8	98,2
No sabe	13	1,8	1,8	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Tipo de afiliacion

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no sabe, no responde	78	10,7	10,7	10,7
Contributivo	162	22,3	22,3	33,1
Subsidiado	442	60,9	60,9	93,9
Regimen especial	6	,8	,8	94,8
Vinculado	10	1,4	1,4	96,1
Ninguno	28	3,9	3,9	100,0
Total	726	100,0	100,0	

En los ultimos seis meses ha estado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no sabe, no responde	245	33,7	33,7	33,7
trabajando	46	6,3	6,3	40,1
buscando trabajo	42	5,8	5,8	45,9
Incapacitado permanente para trabajar	162	22,3	22,3	68,2
incapacitado para trabajar con pension	17	2,3	2,3	70,5

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

estudiando	42	5,8	5,8	76,3
Oficios del hogar	67	9,2	9,2	85,5
pensionado jubilado	13	1,8	1,8	87,3
actividades de autoconsumo	15	2,1	2,1	89,4
otra actividad	77	10,6	10,6	100,0
Total	726	100,0	100,0	

En el trabajo se desempeña como:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no sabe, no responde	645	88,8	88,8	88,8
obrero empleado gobierno	9	1,2	1,2	90,1
obrero empleado particular	10	1,4	1,4	91,5
jornalero o peon	2	,3	,3	91,7
patron o empleador	2	,3	,3	92,0
trabajador independiente	43	5,9	5,9	97,9
empleado domestico	3	,4	,4	98,3
trabajador familiar sin remuneracion	12	1,7	1,7	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Su discapacidad influye en su trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no sabe, o no responde	225	31,0	31,0	31,0
si	413	56,9	56,9	87,9
no	88	12,1	12,1	100,0
Total	726	100,0	100,0	

tipo de Vivienda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no sabe, no responde	7	1,0	1,0	1,0
Casa	538	74,1	74,1	75,1
Apartamento	139	19,1	19,1	94,2
Cuarto	31	4,3	4,3	98,5
Institucion Publica	2	,3	,3	98,8
Otro Tipo de Vivienda	9	1,2	1,2	100,0

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Total	726	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

condición de Vivienda

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no sabe, no responde	11	1,5	1,5	1,5
	Arriendo o Subarriendo	93	12,8	12,8	14,3
	Vivienda Propia y la esta Pagando	60	8,3	8,3	22,6
	Vivienda propia totalmente pagada	353	48,6	48,6	71,2
	Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	183	25,2	25,2	96,4
	Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	19	2,6	2,6	99,0
	Otra	6	,8	,8	99,9
	9	1	,1	,1	100,0
	Total	726	100,0	100,0	

Dx oportuno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no sabe, no responde	35	4,8	4,8	4,8
	Si	487	67,1	67,1	71,9
	No	204	28,1	28,1	100,0
	Total	726	100,0	100,0	

Tiene un tipo de rehabilitación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	550	75,8	75,8	75,8
	si	176	24,2	24,2	100,0
	Total	726	100,0	100,0	

Asistencia a rehabilitación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no sabe, no responde	183	25,2	25,2	25,2
	Si	116	16,0	16,0	41,2

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

No	427	58,8	58,8	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Quien paga la rehabilitacion

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no sabe, no responde	521	71,8	71,8	71,8
El sistema general de salud	110	15,2	15,2	86,9
La familia	66	9,1	9,1	96,0
Personalmente	5	,7	,7	96,7
Una ONG	9	1,2	1,2	97,9
El empleador	5	,7	,7	98,6
Otro	10	1,4	1,4	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Establecimiento de rehabilitacion

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no responde	561	77,3	77,3	77,3
Publico	71	9,8	9,8	87,1
Privado	76	10,5	10,5	97,5
No sabe	18	2,5	2,5	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Participa en alguna organización?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	103	14,2	14,2	14,2
si	68	9,4	9,4	23,6
no sabe	555	76,4	76,4	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Numero de Deficiencias

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	298	41,0	41,0	41,0
2	209	28,8	28,8	69,8
3	120	16,5	16,5	86,4
4	61	8,4	8,4	94,8
5	17	2,3	2,3	97,1

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

6	12	1,7	1,7	98,8
7	5	,7	,7	99,4
8	1	,1	,1	99,6
9	1	,1	,1	99,7
11	1	,1	,1	99,9
17	1	,1	,1	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Numero de limitaciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	31	4,3	4,3	4,3
1	251	34,6	34,6	38,8
2	149	20,5	20,5	59,4
3	85	11,7	11,7	71,1
4	74	10,2	10,2	81,3
5	40	5,5	5,5	86,8
6	22	3,0	3,0	89,8
7	27	3,7	3,7	93,5
8	15	2,1	2,1	95,6
9	14	1,9	1,9	97,5
10	8	1,1	1,1	98,6
11	4	,6	,6	99,2
13	2	,3	,3	99,4
14	2	,3	,3	99,7
16	1	,1	,1	99,9
23	1	,1	,1	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Numero de restricciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	64	8,8	8,8	8,8
1	25	3,4	3,4	12,3
2	245	33,7	33,7	46,0
3	223	30,7	30,7	76,7
4	78	10,7	10,7	87,5
5	53	7,3	7,3	94,8
6	16	2,2	2,2	97,0
7	12	1,7	1,7	98,6
8	5	,7	,7	99,3
9	3	,4	,4	99,7
10	1	,1	,1	99,9
12	1	,1	,1	100,0
Total	726	100,0	100,0	

Anexo 3. Tablas SPSS del Bivariado

Tabla de contingencia

Recuento

		Tiene limitación		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
sexo	Hombre	17	381	398
	Mujer	14	314	328
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000(b)	1	,998		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,000	1	,998		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,574
Asociación lineal por lineal	,000	1	,998		
N de casos válidos	726				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,01.

Tabla de contingencia

Recuento

		Tiene limitacion		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Edad Ciclo vital	Infancia	6	120	126
	Juventud	10	128	138
	Adulto joven	7	144	151

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

	Adulto medio	6	200	206
	Vejez	2	103	105
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,480(a)	4	,241
Razón de verosimilitud	5,452	4	,244
Asociación lineal por lineal	3,314	1	,069
N de casos válidos	726		

a 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,48.

Tabla de contingencia

Recuento

		Tiene limitacion		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Nivel educativo 2	ninguno	10	296	306
	Primaria	11	203	214
	Secundaria	7	135	142
	Superior	3	61	64
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,326(a)	3	,723
Razón de verosimilitud	1,359	3	,715
Asociación lineal por lineal	,716	1	,397
N de casos válidos	726		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,73.

Tabla de contingencia

Recuento

	Tiene limitación	Total

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Etnia	Negro	2	38	40
	Indigena	0	2	2
	Mestizo	26	610	636
	Otros	1	23	24
	No sabe	2	22	24
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,163(a)	4	,884
Razón de verosimilitud	1,043	4	,903
Asociación lineal por lineal	,176	1	,674
N de casos válidos	726		

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

Tabla de contingencia

Recuento

		Tiene limitacion		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Area	no sabe, no responde	0	9	9
	Cabecera	15	421	436
	centro poblado	15	241	256
	rural disperso	1	24	25
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,722(a)	3	,436
Razón de verosimilitud	2,998	3	,392
Asociación lineal por lineal	1,871	1	,171
N de casos válidos	726		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Tabla de contingencia

Recuento

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

		Tiene limitación		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Estrato 2	Bajo	25	556	581
	Medio	6	136	142
	Alto	0	3	3
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,136(a)	2	,934
Razón de verosimilitud	,264	2	,876
Asociación lineal por lineal	,020	1	,887
N de casos válidos	726		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,106	,016
N de casos válidos		726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

Recuento

		Tiene limitación		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Salario Mensual	Sin salario	22	568	590
	Menor de un salario y hasta 3	8	123	131
	Mayor de tres salarios minimos	1	4	5
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,531(a)	2	,104
Razón de verosimilitud	3,052	2	,217
Asociación lineal por lineal	3,130	1	,077
N de casos válidos	726		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.

Tabla de contingencia

Recuento

		Tiene limitacion		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Afiliación a salud	No	4	86	90
	Si	27	596	623
	No sabe	0	13	13
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,593(a)	2	,743
Razón de verosimilitud	1,147	2	,563
Asociación lineal por lineal	,131	1	,718
N de casos válidos	726		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,56.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,175	,000
N de casos válidos		726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

Recuento

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

		Tiene limitacion		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
A que se dedica en los ultimos 6 meses	Trabajando	5	108	113
	estudiando	4	38	42
	Incapacitado	2	160	162
	Otro	10	154	164
	No sabe	10	235	245
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,856(a)	4	,097
Razón de verosimilitud	8,370	4	,079
Asociación lineal por lineal	,004	1	,950
N de casos válidos	726		

a 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,79.

Tabla de contingencia

Recuento

		Tiene limitacion		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Condicion de Vivienda 2	Propia	21	575	596
	Arriendo	9	84	93
	Otro	0	25	25
	No sabe	0	11	11
Total		30	695	725

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,316(a)	3	,025
Razón de verosimilitud	8,932	3	,030
Asociación lineal por lineal	,298	1	,585
N de casos válidos	725		

a 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,113	,025
N de casos válidos		725	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

Recuento

		Tiene limitacion		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Tipo de vivienda	Casa	31	677	708
2	Institucionalizada	0	2	2
	Otro	0	9	9
	No sabe	0	7	7
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,823(a)	3	,844
Razón de verosimilitud	1,591	3	,661
Asociación lineal por lineal	,759	1	,384
N de casos válidos	726		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

Tabla de contingencia

Recuento

		Tiene limitacion		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Tiene un	no	19	531	550

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

tipo de rehabilitación	si	12	164	176
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,690(b)	1	,055		
Corrección por continuidad(a)	2,913	1	,088		
Razón de verosimilitud	3,337	1	,068		
Estadístico exacto de Fisher				,083	,049
Asociación lineal por lineal	3,685	1	,055		
N de casos válidos	726				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,52.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	-,071	,055
V de Cramer	,071	,055
N de casos válidos	726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia Factores de recuperación * Tiene limitacion

Recuento

		Tiene limitacion		Total
		Sin limitaciones	Con limitaciones	
Factores de recuperación	0	1	119	120
	1	11	221	232
	2	1	20	21
	3	18	335	353
Total		31	695	726

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,199(a)	3	,241
Razón de verosimilitud	5,821	3	,121
N de casos válidos	726		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,90.

Tabla de contingencia Presenta Alguna barrera / Tiene limitacion

			Tiene limitacion		Total
			Sin limitaciones	Con limitaciones	
Presenta Alguna barrera	Si	Recuento	13	480	493
		% de Tiene limitacion	41,9%	69,1%	67,9%
	No	Recuento	18	215	233
		% de Tiene limitacion	58,1%	30,9%	32,1%
Total		Recuento	31	695	726
		% de Tiene limitacion	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,022(b)	1	,002		
Corrección por continuidad(a)	8,816	1	,003		
Razón de verosimilitud	9,243	1	,002		
Estadístico exacto de Fisher				,003	,002
Asociación lineal por lineal	10,008	1	,002		
N de casos válidos	726				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,95.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	,117	,002
V de Cramer	,117	,002
N de casos válidos	726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

			Tiene restriccion		Total
			Sin restriccion	Con restriccion	
sexo	Hombre	Recuento	31	367	398
		% de Tiene restriccion	48,4%	55,4%	54,8%
	Mujer	Recuento	33	295	328
		% de Tiene restriccion	51,6%	44,6%	45,2%
Total		Recuento	64	662	726
		% de Tiene restriccion	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,155(b)	1	,283		
Corrección por continuidad(a)	,889	1	,346		
Razón de verosimilitud	1,149	1	,284		
Estadístico exacto de Fisher				,295	,173
Asociación lineal por lineal	1,153	1	,283		
N de casos válidos	726				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,91.

Tabla de contingencia

			Tiene restriccion		Total
			Sin restriccion	Con restriccion	
Edad Ciclo vital	Infancia	Recuento	29	97	126
		% de Tiene restriccion	45,3%	14,7%	17,4%
	Juventud	Recuento	4	134	138
		% de Tiene restriccion	6,3%	20,2%	19,0%
	Adulto joven	Recuento	18	133	151
		% de Tiene restriccion	28,1%	20,1%	20,8%
	Adulto medio	Recuento	7	199	206
		% de Tiene restriccion	10,9%	30,1%	28,4%
	Vejez	Recuento	6	99	105
		% de Tiene restriccion	9,4%	15,0%	14,5%
Total		Recuento	64	662	726
		% de Tiene	100,0%	100,0%	100,0%

restricción			
-------------	--	--	--

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,208(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	43,461	4	,000
Asociación lineal por lineal	20,113	1	,000
N de casos válidos	726		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,26.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,250	,000
N de casos válidos	726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

		Tiene restricción		Total
		Sin restricción	Con restricción	
Nivel educativo 2	ninguno	Recuento 45	261	306
		% de Tiene restricción 70,3%	39,4%	42,1%
Primaria		Recuento 12	202	214
		% de Tiene restricción 18,8%	30,5%	29,5%
Secundaria		Recuento 5	137	142
		% de Tiene restricción 7,8%	20,7%	19,6%
Superior		Recuento 2	62	64
		% de Tiene restricción 3,1%	9,4%	8,8%
Total		Recuento 64	662	726
		% de Tiene restricción 100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,478(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	23,954	3	,000

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Asociación lineal por lineal	19,064	1	,000
N de casos válidos	726		

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

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,177	,000
N de casos válidos		726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

		Tiene restricción		Total	
		Sin restricción	Con restricción		
Etnia	Negro	Recuento	5	35	40
		% de Tiene restricción	7,8%	5,3%	5,5%
	Indígena	Recuento	0	2	2
		% de Tiene restricción	,0%	,3%	,3%
	Mestizo	Recuento	50	586	636
		% de Tiene restricción	78,1%	88,5%	87,6%
	Otros	Recuento	3	21	24
		% de Tiene restricción	4,7%	3,2%	3,3%
	No sabe	Recuento	6	18	24
		% de Tiene restricción	9,4%	2,7%	3,3%
Total		Recuento	64	662	726
		% de Tiene restricción	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,815(a)	4	,044
Razón de verosimilitud	7,556	4	,109
Asociación lineal por lineal	1,525	1	,217
N de casos válidos	726		

a 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,115	,044
N de casos válidos	726	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

			Tiene restricción		Total
			Sin restricción	Con restricción	
Area	no sabe, no responde	Recuento	1	8	9
		% de Tiene restricción	1,6%	1,2%	1,2%
	Cabecera	Recuento	30	406	436
		% de Tiene restricción	46,9%	61,3%	60,1%
	centro poblado	Recuento	32	224	256
		% de Tiene restricción	50,0%	33,8%	35,3%
	rural disperso	Recuento	1	24	25
		% de Tiene restricción	1,6%	3,6%	3,4%
Total		Recuento	64	662	726
		% de Tiene restricción	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,134(a)	3	,068
Razón de verosimilitud	6,998	3	,072
Asociación lineal por lineal	2,372	1	,124
N de casos válidos	726		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

Tabla de contingencia

			Tiene restricción		Total
			Sin restricción	Con restricción	
Estrato 2	Bajo	Recuento	60	521	581
		% de Tiene restricción	93,8%	78,7%	80,0%
	Medio	Recuento	4	138	142
		% de Tiene restricción	6,3%	20,8%	19,6%

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

	Alto	Recuento	0	3	3
		% de Tiene restricción	,0%	,5%	,4%
Total		Recuento	64	662	726
		% de Tiene restricción	100,0%	100,0%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,106	,016
N de casos válidos		726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,298(a)	2	,016
Razón de verosimilitud	10,584	2	,005
Asociación lineal por lineal	8,211	1	,004
N de casos válidos	726		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

Tabla de contingencia

			Tiene restricción		Total
			Sin restricción	Con restricción	
Presenta Alguna barrera	Si	Recuento	43	450	493
		% de Tiene restricción	67,2%	68,0%	67,9%
	No	Recuento	21	212	233
		% de Tiene restricción	32,8%	32,0%	32,1%
Total		Recuento	64	662	726
		% de Tiene restricción	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Chi-cuadrado de Pearson	,017(b)	1	,897		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,017	1	,898		
Estadístico exacto de Fisher				,889	,499
Asociación lineal por lineal	,017	1	,897		
N de casos válidos	726				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,54.

Tabla de contingencia

		Tiene restricción		Total	
		Sin restricción	Con restricción		
Afiliación a salud	No	Recuento	7	83	90
		% de Tiene restricción	10,9%	12,5%	12,4%
	Si	Recuento	51	572	623
		% de Tiene restricción	79,7%	86,4%	85,8%
	No sabe	Recuento	6	7	13
		% de Tiene restricción	9,4%	1,1%	1,8%
Total		Recuento	64	662	726
		% de Tiene restricción	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,975(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	12,930	2	,002
Asociación lineal por lineal	4,388	1	,036
N de casos válidos	726		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,175	,000
N de casos válidos		726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

		Tiene restriccion		Total	
		Sin restriccion	Con restriccion		
A que se dedica en los ultimos 6 meses	Trabajando	Recuento	2	111	113
		% de Tiene restriccion	3,1%	16,8%	15,6%
	estudiando	Recuento	1	41	42
		% de Tiene restriccion	1,6%	6,2%	5,8%
	Incapacitado	Recuento	4	158	162
		% de Tiene restriccion	6,3%	23,9%	22,3%
	Otro	Recuento	6	158	164
		% de Tiene restriccion	9,4%	23,9%	22,6%
	No sabe	Recuento	51	194	245
		% de Tiene restriccion	79,7%	29,3%	33,7%
	Total	Recuento	64	662	726
		% de Tiene restriccion	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66,580(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	63,874	4	,000
Asociación lineal por lineal	41,249	1	,000
N de casos válidos	726		

a. 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,70.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,290	,000
N de casos válidos		726	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

		Tiene restricción	Total

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

			Sin restriccion	Con restriccion	
Tipo de vivienda 2	Casa	Recuento	61	647	708
		% de Tiene restriccion	95,3%	97,7%	97,5%
	Institucionalizada	Recuento	0	2	2
		% de Tiene restriccion	,0%	,3%	,3%
	Otro	Recuento	2	7	9
		% de Tiene restriccion	3,1%	1,1%	1,2%
	No sabe	Recuento	1	6	7
		% de Tiene restriccion	1,6%	,9%	1,0%
Total		Recuento	64	662	726
		% de Tiene restriccion	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,501(a)	3	,475
Razón de verosimilitud	2,100	3	,552
Asociación lineal por lineal	1,443	1	,230
N de casos válidos	726		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Tabla de contingencia

			Tiene restriccion		
			Sin restriccion	Con restriccion	Total
Condicion de Vivienda 2	Propia	Recuento	53	543	596
		% de Tiene restriccion	82,8%	82,1%	82,2%
	Arriendo	Recuento	9	84	93
		% de Tiene restriccion	14,1%	12,7%	12,8%
	Otro	Recuento	0	25	25
		% de Tiene restriccion	,0%	3,8%	3,4%
	No sabe	Recuento	2	9	11

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

	% de Tiene restricción	3,1%	1,4%	1,5%
Total	Recuento	64	661	725
	% de Tiene restricción	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,703(a)	3	,295
Razón de verosimilitud	5,647	3	,130
Asociación lineal por lineal	,014	1	,905
N de casos válidos	725		

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,97.

Tabla de contingencia

		Tiene restricción		Total
		Sin restricción	Con restricción	
Tiene un tipo de rehabilitación	no	Recuento 53	497	550
		% de Tiene restricción 82,8%	75,1%	75,8%
	si	Recuento 11	165	176
		% de Tiene restricción 17,2%	24,9%	24,2%
Total		Recuento 64	662	726
		% de Tiene restricción 100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,902(b)	1	,168		
Corrección por continuidad(a)	1,504	1	,220		
Razón de verosimilitud	2,039	1	,153		
Estadístico exacto de Fisher				,221	,108
Asociación lineal por lineal	1,900	1	,168		
N de casos válidos	726				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,52.

Tabla de contingencia

		Tiene restriccion		Total	
		Sin restriccion	Con restriccion		
Factores de recuperación	0	Recuento	17	103	120
		% de Tiene restriccion	26,6%	15,6%	16,5%
	1	Recuento	16	216	232
		% de Tiene restriccion	25,0%	32,6%	32,0%
	2	Recuento	5	16	21
		% de Tiene restriccion	7,8%	2,4%	2,9%
	3	Recuento	26	327	353
		% de Tiene restriccion	40,6%	49,4%	48,6%
Total		Recuento	64	662	726
		% de Tiene restriccion	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,134(a)	3	,007
Razón de verosimilitud	9,972	3	,019
N de casos válidos	726		

a 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,85.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,128	,007
N de casos válidos		726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

				Tiene restriccion		Total
				Sin restriccion	Con restriccion	
Salario Mensual	Sin salario	Recuento		61	529	590
		% de Tiene restriccion		95,3%	79,9%	81,3%
	Menor de un salario y hasta 3	Recuento		3	128	131
		% de Tiene restriccion		4,7%	19,3%	18,0%
	Mayor de tres salarios minimos	Recuento		0	5	5
		% de Tiene restriccion		,0%	,8%	,7%
Total		Recuento		64	662	726
		% de Tiene restriccion		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,126(a)	2	,010
Razón de verosimilitud	12,151	2	,002
Asociación lineal por lineal	8,936	1	,003
N de casos válidos	726		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,44.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,111	,010
N de casos válidos		726	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia Barreras Actitudinales / Tiene restriccion

				Tiene restriccion		Total
				Sin restriccion	Con restriccion	
Barreras Actitudinales	Ninguna	Recuento		43	502	545
		% de Tiene restriccion		67,2%	75,8%	75,1%
	Barreras actitudinales	Recuento		17	134	151
		% de Tiene		26,6%	20,2%	20,8%

Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Total	No sabe	restriccion			
		Recuento	4	26	30
	% de Tiene restriccion	6,3%	3,9%	4,1%	
	Recuento	64	662	726	
	% de Tiene restriccion	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,464(a)	2	,292
Razón de verosimilitud	2,307	2	,316
Asociación lineal por lineal	2,426	1	,119
N de casos válidos	726		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,64.