



**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DEL GRADO  
DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS – ESTUDIO  
MULTICÉNTRICO. BARRANQUILLA 2018**

**ANABELL DONADO MERCADO**

**MARÍA ALEXANDRA HENRÍQUEZ THORRENS**

**TATIANA MARÍA LÍAN ROMERO**

**DIRECTORES DE TESIS**

**CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ**

**JOSE ARMANDO VIDARTE CLAROS**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE LA SALUD**

**MAESTRIA EN DISCAPACIDAD**

**MANIZALES CALDAS,**

**2018**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DEL GRADO  
DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS – ESTUDIO  
MULTICÉNTRICO. BARRANQUILLA 2018**

**DIRECTORES DE TESIS**

**CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ**

**JOSE ARMANDO VIDARTE CLAROS**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE LA SALUD**

**MAESTRIA EN DISCAPACIDAD**

**MANIZALES CALDAS**

**2018**

## AGRADECIMIENTOS

A ti Señor, porque este desafío hace parte de tu voluntad, sin tú apoyo era imposible. Gracias por esos ángeles que me regalaste llamado familia, por darle el entendimiento, palabras de aliento y la paciencia hacia mí. Por mis compañeras y amigas de este proyecto que enriquecieron mi ser, por las lecciones aprendidas y las no aprendidas pero con la seguridad de las voy a entender en su tiempo. Gracias.

Anabell Donado M

Agradezco a mis padres Luis Eduardo y Martha por todo el apoyo brindado durante estos años de estudio, a mi hija Sara quien es mi motivo para seguir adelante y no rendirme, a mi hermana Dessy por su ayuda incondicional, a mi sobrino Jean Pi por darme siempre una mano en cada redacción. A mis compañeras y amigas de maestría Vanessa Bustillo, Anabell Donado y Melisa Ángel por compartir conmigo grandes momentos; a mis amigas de la vida María Angélica y Bibiana por estar ahí cuando las necesitaba, a mi grupo de amigas por entender mis ausencias y animarme cada vez que lo necesité. A todos aquellos que estuvieron presente apoyándome durante estos dos años, Gracias.

María Alexandra Henríquez T

A Dios por darme la oportunidad de realizar la maestría, a mis padres e hijos por su apoyo incondicional en todo momento.

Tatiana Lian R

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer los Determinantes Sociales de la Salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años de la Ciudad de Barranquilla.

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional con 216 personas con discapacidad de la ciudad de Barranquilla. Se utilizó el cuestionario WHO DAS 2.0 (36 preguntas) para determinar la cantidad de dificultad encontrada en las actividades que una persona hace en su vida cotidiana independientemente del diagnóstico médico, dentro de los Determinantes Sociales de la Salud analizados están: sexo, edad, estado civil, etnia, tipo de afiliación al SGSSS, circunstancias materiales del trabajo, tipo de vivienda, número de personas en el hogar, utilización de ortesis y/o prótesis, servicios de rehabilitación.

**Resultados:** Fueron estudiadas 216 personas con discapacidad, el 56,9% de la población perteneció al sexo femenino, con una edad promedio de 53,68 años, el 33,3% de la población vivía en estrato socioeconómico 2. De acuerdo con el grado de discapacidad por dominios del WHO- DAS 2.0, el mayor porcentaje se encontró en el grado extremo el dominio actividades de la vida diaria-trabajo remunerado y en el grado moderado los dominios de participación en la sociedad, seguido del dominio relacionarse con otras personas. Se identificó la asociación estadísticamente significativa  $p < 0,05$  entre los determinantes estructurales e intermedios: edad, horas de trabajo, tiempo de trabajo y años sin rehabilitación y los dominios del WHO-DAS 2.0 comprensión y comunicación, movilidad, autocuidado, relaciones con otras personas, actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado, actividades de la vida diaria-trabajo remunerado, participación en sociedad y discapacidad final. Se descartó la asociación entre el número de personas con quien comparte la vivienda y los dominios del WHO-DAS 2.0. Se estableció que las variables que pueden predecir el grado de discapacidad son edad en años, ingreso mensual promedio y recibe servicios de rehabilitación

**Conclusiones:** Entre los determinantes estructurales e intermedios que se asocian con el grado de discapacidad en la ciudad de Barranquilla, se encuentran edad, ingreso, tiempo de trabajo, hora de trabajo, tipo de contrato, condiciones de seguridad, nivel de ruido,

exposición a temperaturas altas, en que se desplaza, actividad que realizaba antes de la discapacidad, recibe rehabilitación, factor a que atribuye su recuperación servicios de salud y servicios recibidos, tipo de rehabilitación ordenada terapia ocupacional y medicamentos. Las variables que pueden predecir el grado de discapacidad en este estudio son edad en años, nivel de ingresos y servicios de rehabilitación.

**Palabras Clave:** discapacidad, empleo, escolaridad, determinantes, estrato social, rehabilitación, servicios de salud, pobreza, participación.

(Fuente: DeCSBireme)

## **ABSTRACT**

**Objective:** To establish the Social Determinants of Health predictors of the degree of disability in 18-year-old people in Barranquilla's City.

**Methodology:** A correlational descriptive study. The analysis included 216 people with disability. We used the WHO-DAS 2.0 questionnaire (36 questions) to determine the quantity of difficulty found in the activities that a person does in his daily living, independently of the medical diagnosis, the Social Determinants of Health analyzed were: sex, age, marital status, ethnic group, type of affiliation to the SGSSS, material circumstances of the work, housing, used of orthosis and / or prosthesis, people who they lived with, disability pension, rehabilitation services and recovery factors.

**Results:** 216 people were studied with disability, 56,9 % of the population were female, with an average age of 53,68 years, 33,3 % of the population lives in socioeconomic status 2. According to the degree of disability for domains of the WHO-DAS 2.0, the major percentage found, was in the extreme degree in the domain life activities (work and school), the degree moderated was found in the domains participation , followed by the domain getting along. A significant association  $p < 0,05$  was found between the structural and intermediate determinants: age, working hours, time of work and years without rehabilitation and the domains of the WHO-DAS 2.0 cognition, mobility, self-care, getting along, life activities (domestic responsibilities, leisure, work and school), participation and

final Disability; there was no association between the number of people with whom they lived with and the domains of the WHO-DAS 2.0. The variables that can predict the degree of disability in this study are age in years, level of salary and rehabilitation services.

**Conclusions:** Between the intermediate and structural determinants that are associated with the degree of disability in the city of Barranquilla, are age, salary, working hour, type of contract, safety conditions, level of noise, exhibition to high temperatures, transportation, activity performed before disability, rehabilitation treatment, recovery factors, services of health and received services, occupational therapy and medication. It was possible to establish that salary is a variable that can predict de degree of disability, also age in years, incomes level and rehabilitation services.

**Key word:** disability, employment, level of education, determinants, social status, rehabilitation, health services, poverty, participation.

(Fuente: DeCSBireme)

## TABLA DE CONTENIDO

1	TÍTULO DEL PROYECTO: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES EL GRADO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DE BARRANQUILLA.....	12
1.1	RESUMEN EJECUTIVO.....	12
1.2	DEFINICIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA, PREGUNTA Y JUSTIFICACIÓN .....	12
1.1.1	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	17
1.1.2	JUSTIFICACIÓN.....	17
2	REFERENTE TEÓRICO .....	21
2.1	CONTEXTO DEL ESTUDIO (BARRANQUILLA).....	21
2.2	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS).....	22
2.3	DISCAPACIDAD.....	25
2.4	DISCAPACIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	39
2.5	INSTRUMENTO WHO-DAS 2.0 .....	42
3	OBJETIVOS.....	46
3.1	OBJETIVO GENERAL .....	46
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	46
4	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	47
5	METODOLOGÍA.....	64
5.1	TIPO DE ESTUDIO: .....	64
5.2	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	64

5.3	SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES:.....	65
5.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	65
5.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:.....	65
5.6	PROCEDIMIENTO.....	65
5.7	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	66
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	67
6	RESULTADOS .....	68
6.1	ANÁLISIS UNIVARIADO.....	68
6.1.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD ESTRUCTURALES: .....	68
6.1.2	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS.....	69
6.1.3	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD.....	72
6.2	ANÁLISIS BIVARIADO .....	77
6.2.1	CORRELACIÓN ENTRE DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS, DOMINIOS Y DISCAPACIDAD FINAL .....	78
6.2.2	ASOCIACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS Y GRADO DE DISCAPACIDAD.....	79
6.3	ANÁLISIS MULTIVARIADO .....	81
7	DISCUSIÓN.....	83
8	CONCLUSIONES.....	95
9	RECOMENDACIONES .....	98



11. BIBLIOGRÁFIAS.....	100
10 ANEXOS.....	112

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Visión de conjunto de la CIF.....	29
Tabla 2 Marco normativo de la discapacidad en Colombia .....	37
Tabla 3 Operacionalización de variables.....	47
Tabla 4 Caracterización de los Determinantes Sociales de Salud Estructurales en los participantes.....	68
Tabla 5 Caracterización de los Determinantes Sociales de Salud Intermedios en los participantes.....	70
Tabla 6 Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por dominios del WHO DAS 2.0 .....	73
Tabla 7 Estadísticos descriptivos de las preguntas del WHO DAS 2.0 .....	74
Tabla 8 Estadísticos descriptivos del Grado de Discapacidad Final WHO DAS 2.0.....	75
Tabla 9 Estadísticos descriptivos del Grado de discapacidad por dominios del WHO DAS 2.0 .....	76
Tabla 10 Prueba de normalidad para variables cuantitativas de los DSS y Discapacidad por dominios y final.....	77
Tabla 11 Correlación entre los DSS estructurales e intermedios acorde con el nivel de medición de discapacidad por dominios y final (WHO DAS 2.0) .....	78

Tabla 12 Resumen de las asociaciones entre los Determinantes Sociales de la Salud Estructurales con el grado de discapacidad .....	79
Tabla 13 Resumen de las asociaciones entre los Determinantes Sociales de la Salud intermedios con el grado de discapacidad. ....	80
Tabla 14 Resultados del modelo logístico ordinal .....	81

# 1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES EL GRADO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DE BARRANQUILLA.

## 1.1 RESUMEN EJECUTIVO

Título: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DEL GRADO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS – ESTUDIO MULTICÉNTRICO. BARRANQUILLA 2018.			
Investigador Principal: José Armando Vidarte Claros, Consuelo Vélez Álvarez			
Total de Investigadores: 3			
Nombre del Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento			
Entidad: Universidad Autónoma de Manizales			
Representante Legal: Gabriel Cadena	Cédula de ciudadanía: 5.565.569	De: Manizales	
Dirección: Antigua Estación del Ferrocarril	Teléfono (68)8727272	Fax(68) 810290	
Nit: 890805051-0	E-mail: <a href="mailto:uam@autonoma.edu.co">uam@autonoma.edu.co</a>		
Ciudad: Barranquilla	Departamento: Atlántico		
Sede de la Entidad: Antigua estación del ferrocarril Manizales			
Tipo de Entidad: Educativa			
Universidad Pública:	Universidad Privada: X	Entidad Pública:	ONG:
Lugar de Ejecución del Proyecto:			
Ciudad: Barranquilla	Departamento: Atlántico		
Duración del Proyecto (en meses): 24 meses			
Valor total del Proyecto:			
Descriptores / Palabras clave: Discapacidad, empleo, escolaridad, determinantes sociales de la salud, estrato social, rehabilitación, servicios de salud, pobreza, participación.			

## 1.2 DEFINICIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA, PREGUNTA Y JUSTIFICACIÓN

Según la OMS los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (1).

La desigualdad creciente entre el estado de salud de los países de mundo llevó a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 ordenara la creación de la

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el objetivo de reunir evidencia científica para crear un movimiento global por la equidad en salud. Ésta publicó su reporte final en el año 2008, subsanar las desigualdades en una generación, cuyas conclusiones quedaron resumidas en tres ejes de acciones a saber: 1. Mejorar las condiciones de vida, que reúne todas aquellas intervenciones dirigidas a grupos etarios específicos como la primera infancia, las mujeres, entre otros; 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, haciendo referencia a las acciones a nivel político del sector público que lleven a una gobernanza promotora de la equidad, y; 3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, que invita a que los determinantes sociales de la salud se conviertan en un objeto de evaluación y seguimiento por parte de los gobiernos(2).

Las desigualdades sanitarias (inequidades en salud) entre los países y dentro de ellos, están provocadas por la distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y servicios, afectando en forma inmediata las condiciones de la vida cotidiana de las personas, limitando su acceso a la atención en salud, la educación, a condiciones de trabajo adecuadas, su vivienda, ocio y diversión, limitando las posibilidades de una vida próspera, cada vez mejor y con realizaciones personales. Esta situación es el resultado de una combinación de pobres políticas y programas sociales, arreglos económicos injustos y una mala gestión política (3).

“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial, regional, nacional y local, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (4).

Los DSS son las diversas categorizaciones sociales que hacen más o menos vulnerables a algunos grupos sociales, que se hacen poco controlables por ellos mismos ya que rebasan su propia capacidad de reacción, convirtiéndose en diferencias, no naturales, injustas, que limitan ostensiblemente la capacidad de gestión del riesgo de las personas y las familias de esos grupos sociales en desventaja que para este caso son las personas con Discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud-OMS, utiliza un enfoque “biopsicosocial”, y define la discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona (5).

Según Aparicio la discapacidad es el producto de una compleja intersección entre el estado de salud de una persona y unos factores contextuales, es decir, discapacidad no simplemente presume la deficiencia de las funciones y estructuras corporales, sino que éstas en intersección con los factores contextuales pueden dar lugar a limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Lo anterior deja en evidencia que la Discapacidad no es un fenómeno aislado sino que está en relación con muchos elementos tanto macro como micro. Incluye deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación (6). Denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores contextuales individuales (factores ambientales y personales) (7,5).

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 (8).

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 (9). 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)(8), en el cual se presentan las cifras de prevalencia de discapacidad en algunos países de Latino América con datos que pasan de una prevalencia en Perú en 1993 del 13.1% pasando por Costa Rica 9.3% para 1998 y llegando a la más baja para Colombia en 1993 de 1.2% (10, 11).

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 (12, 13).

En Colombia, según el DANE el censo poblacional muestra en sus resultados como del total de la población colombiana en el 2005 (41.242.948 personas) el 6.4% tenían algún tipo de discapacidad permanente, que en cifras absolutas corresponde aproximadamente a 2.639.548 personas (14).

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 (13). El censo poblacional del DANE (1995) estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente (1.9% de la población de entonces) presentaba discapacidad (14,15). En el Censo del 2005 se 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.

Según los datos presentados por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe en 2009 en Colombia durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas en situación de discapacidad de 829 municipios del país. Según estos reportes, la población con discapacidad en su mayoría es de escasos recursos, pertenece en general a los estratos 1 y 2, un gran porcentaje no se encuentra afiliada al

SGSSS, se encuentran ubicados en las cabeceras municipales y el grupo de edad más afectado es el de los mayores de 60 años, principalmente del género femenino, prevalece un bajo nivel educativo en la población registrada y se encuentra un alto porcentaje de inasistencia escolar (16).

El desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población, donde cerca del 70% de las personas en situación de discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral. Según los resultados de este consolidado, el 4.2% de la población mayor de 10 años, se encuentra buscando trabajo y quienes están trabajando son en su mayoría hombres (17).

Por otra parte, el análisis que realizó la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe de Bogotá respecto al módulo acerca de discapacidad de la Encuesta Nacional de Salud 2007 del Ministerio de la Protección Social, se analizan determinantes de funcionamiento y discapacidad sentida de acuerdo a la severidad de las dificultades, así como algunos determinantes sociodemográficos, encontrándose que del total de encuestados, el 47,5% de la población fueron hombres y 52,5% mujeres en los cuales prevalecen las dificultades de tipo leve y moderada, siendo las dificultades para bañarse, vestirse y mantener una amistad, las que más sobresalen. La distribución por sexo de las personas que respondieron tener algún grado de dificultad, muestra que en el caso de las mujeres se presentan en mayor proporción las dificultades para realizar bien las actividades de la casa y estar de pie durante largos periodos de tiempo. Con respecto al estado de salud durante los últimos treinta días, las personas con dificultades extremas para bañarse y vestirse son quienes presentan reportan percibir el peor estado de salud en los últimos 30 días, en comparación con las personas que presentan dificultades leves o moderadas (18, 16).

En cuanto a la discapacidad estos estudios muestran como, las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo fueron las más frecuentes con un 48.8% seguidas por las del sistema nervioso con el 41.7% y la visión con 40.9%. De igual forma el 30.5% refirió las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como aquella que más le afectaba, seguidas por el sistema nervioso 20.5% y el sistema Cardiorrespiratorio y las defensas con 14.9%(19).



La distribución por grupos de edad muestra que los grupos de 0 a 4 años, 5 a 14 y 15 a 44 años tienen una mayor proporción de alteraciones de la voz y el habla, el grupo de 45 a 59 años de alteraciones en la digestión y el sistema cardio-respiratorio y en los mayores de 60 años de alteraciones en el sistema cardio-respiratorio, oídos, movimiento, ojos etc. (19).

Como se puede observar si bien existen estudios que caracterizan la discapacidad en relación a variables que se ubican como determinantes sociales de la salud, no se encuentra hasta la fecha información donde se evidencie el grado de discapacidad valorado desde el WHO DAS 2.0 instrumento a utilizar en la presente investigación y su relación con los Determinantes Sociales de la Salud, si se ubican diferentes investigaciones que dan razón del uso de dicho instrumento en otras temáticas relacionadas con la discapacidad (20, 21).

En relación con los determinantes sociales de la salud esta situación se encuentra limitada por malas condiciones de vida, dificultades en el acceso a los servicios de salud, bajo nivel educativo y limitadas posibilidades de empleo que agravan de manera sustancial la evolución del problema (12,19). Bajo este contexto se plantea la siguiente pregunta de investigación.

### **1.2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud predictores del grado discapacidad en personas mayores de 18 años en la Ciudad de Barranquilla?

### **1.2.2 JUSTIFICACIÓN.**

El análisis de las inequidades en salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales de la salud 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, es además un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología (20).

Se ha demostrado que el campo de conocimiento de los determinantes sociales y económicos tiene como fundamento el análisis de las inequidades, las cuales han sido entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son

evitables y por lo tanto injustas, en este sentido su centro de atención es la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales(21).

El propósito principal de esta investigación fue establecer la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el grado discapacidad en población mayor de 18 años en la ciudad de Barranquilla. El conocimiento de la relación que cada uno de los determinantes sociales de la salud analizados tiene con el grado de discapacidad, se constituye en insumo importante para la propuesta e implementación de políticas públicas que propendan por adecuados procesos integrales y de inclusión social para esta población.

Es así como este estudio a través del análisis de los Determinantes Sociales de la Salud tanto estructurales como intermedios y la evaluación de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial de la CIF (evaluada con el WHO-DAS 2.0), permitió conocer la relación entre las variables analizadas.

El desarrollo de este trabajo se convirtió en un aporte importante para la ciudad de Barranquilla y el país, permitiendo una mejor comprensión de la relación estrecha que diversos autores han establecido a nivel internacional entre determinantes sociales de la salud con variables como la edad, el sexo, el estrato socioeconómico, nivel educativo, los ingresos económicos entre otros con la discapacidad.

Los principales beneficiarios fueron en primer lugar los profesionales que realizan actividades en este colectivo como fisioterapeutas, médicos, fisiatras, terapeutas ocupacionales, educadores físicos y otros profesionales de áreas afines, así mismo las personas con discapacidad, ya que éstos resultados permitirán reorientar trabajos terapéuticos y de promoción de la salud, que podrán implementarse en instituciones de salud y en los trabajos interdisciplinarios en pro de mejorar la calidad de vida de esta población. De esta forma este proyecto puede constituirse en un importante avance en el área, ya que busca brindar herramientas clave para orientar los diferentes procesos de intervención dirigidos a esta población, posibilitando finalmente mejores estrategias de

desarrollo a nivel individual, colectivo y en la esfera Biopsicosocial de las personas con discapacidad.

La Utilización del WHO-DAS 2.0 como instrumento de evaluación de la discapacidad permitió realizar una valoración integral de la misma, en especial de la limitación de la actividad y restricción en la participación de los participantes en el estudio y así la relación a establecer favoreció conocer la influencia de las variables y de igual manera reconocer cuáles variables de los determinantes sociales de la salud pueden ser factores predictores de la discapacidad.

El WHO-DAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico, que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica, permitiendo establecer el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida(22): el Dominio 1 (Cognición, comprensión y comunicación, el Dominio 2 (Movilidad – movilidad y desplazamiento), el Dominio 3 (Cuidado personal – cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo, el Dominio 4 (Relaciones e interacción con otras personas, el Dominio 5 (Actividades cotidianas, responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela, y por último el Dominio 6 (Participación en actividades comunitarias y en la sociedad).

La utilización del WHO DAS 2.0, permite guiar las intervenciones terapéuticas y estrategias de gestión, ya que sus resultados posibilitan predecir si la persona puede trabajar y llevar a cabo las actividades cotidianas necesarias para cumplir con sus roles en el hogar, el trabajo, la escuela o en otras áreas sociales, teniendo en cuenta los contextos (22).

Este proyecto se articuló a la línea de investigación “Funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la Salud” del grupo de investigación Cuerpo Movimiento de la UAM, puesto que se dirige a la valoración del grado de Discapacidad y su relación con variables desde los determinantes sociales estructurales e intermedios fortaleciendo los procesos que tienen que ver con el funcionamiento de las personas, para establecer posibles predictores entre estas variables.

La novedad de la investigación radicó en la valoración de la variable de interés a través de técnicas y pruebas científicamente validadas que dan garantía para la fiabilidad de los resultados obtenidos. Además de ser pionera para el campo del funcionamiento y la discapacidad en la ciudad de Barranquilla.

Lo anterior permitió además, plantear como a nivel de Colombia, la búsqueda de antecedentes arroja avances investigativos sobre Determinantes Sociales de la Salud y Discapacidad, específicamente desde parámetros descriptivos a partir del censo del DANE del 2005 en el cual se hizo una caracterización y localización de las personas con discapacidad, pero aún no se han establecido procesos entre los determinantes sociales de la salud y el grado de discapacidad a partir del uso del WHO DAS 2.0.

El proyecto fue ejecutado por personal profesional idóneo (estudiantes de la maestría de discapacidad cohorte II, extensión Barranquilla; profesores investigadores con buena trayectoria en la temática) y los recursos técnicos, tecnológicos y financieros son de fácil acceso y disponibilidad.

## 2 REFERENTE TEÓRICO

### 2.1 CONTEXTO DEL ESTUDIO (BARRANQUILLA)

La ciudad de Barranquilla se encuentra 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 océano Atlántico, teniendo en cuenta la Ley 768 del 2002, el distrito quedó dividido administrativamente y políticamente en 5 localidades así: Riomar, Norte Centro Histórico, Sur occidente, Metropolitana y Sur Oriente. Según datos del Sistema de Consultas, Estimaciones y Proyección de Población 1985- 2020 del DANE la ciudad tiene una población total de 1.206.946 habitantes para el 2013, que comparado con el censo del 2005 en donde la población total fue de 1.109.067, muestra un incremento aproximado del 9%(23).

El censo del 2005 determinó que el 98.8% de las casas tienen conexión eléctrica, 93.3% alcantarillado, 96.5% acueducto, 89.3% gas natural. En cuanto al tipo de vivienda el 61.5% son casas, 32.2% apartamentos y 6.2% son cuartos u otros (14).

Referente a la pirámide poblacional, Barranquilla muestra una disminución de la fecundidad y natalidad con disminución en la base y con un leve ensanchamiento de la población adulta mayor para el año 2017 en relación al comparado con la pirámide poblacional del 2005 (23).

De acuerdo al informe actual de la situación de salud de Barranquilla en el año 2017 en el análisis de la población en condición de discapacidad 2014-2016, el número de personas en condiciones de discapacidad en el distrito de Barranquilla fue similar por edad y sexo, concentrándose principalmente en la población mayor de 80 años en una proporción del 15.9%.

En relación a las alteraciones permanentes, más frecuente en el distrito de Barranquilla, en los años 2014, 2015 y 2016, es el de las alteraciones del “movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, con 44,62%, 46,19% y 50,93, respectivamente. Las alteraciones del sistema nervioso estuvieron presentes en el 43,53%, en tanto que las de los ojos y de la voz

y el habla tuvieron un 28,12% y 23,37%, respectivamente seguido alteraciones de la voz y el habla 22,15% 22,95%, 28% respectivamente.

Cabe resaltar que el 44,39% de las mujeres y el 50,98% de los hombres en condición de discapacidad se encuentran en edad productiva (20-59 años), la proporción de mayores de 60 años es mayor en mujeres (41,71%) que en hombres (29,35%). Lo cual representa un reto para el sistema de salud y para todos los sectores, que les permita garantizar los derechos de este segmento poblacional. (23).

## **2.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)**

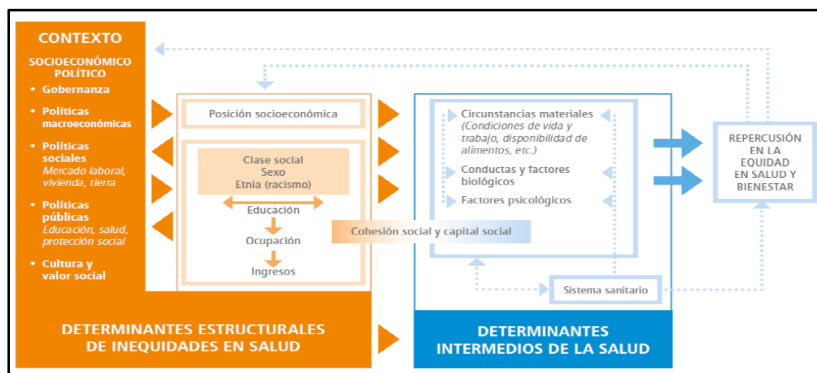
El concepto de salud ha experimentado un proceso de revisión constante. Desde mediados del siglo XX se ha producido un desplazamiento desde la búsqueda de las causas de la enfermedad centradas en el individuo a la aparición de los determinantes sociales, los principales moduladores del fenómeno salud y la enfermedad. En la actualidad es conocido que la salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir; en este sentido se han hecho notables esfuerzos en las últimas décadas para comprender cómo interactúan los determinantes sociales y se producen los resultados en salud (24).

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad, mortalidad e igualmente las causas principales de las inequidades en salud que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el efecto del sistema de salud. Estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las viviendas, el acceso a servicios, las escasas calificaciones laborales constituyen factores de buena parte de las desigualdades en los efectos de salud, y son consecuencia de la forma como se distribuye el poder, el dinero y los recursos en todas las escalas territoriales (8).

A estas condiciones se les ha llamado Determinantes Sociales de la Salud (DSS), haciendo referencia a los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que influyen los efectos de salud. El modelo conceptual adoptado por el Ministerio de Salud

y Protección Social es el que postula la Organización Mundial de la Salud, que parte de la premisa de que las condiciones sociales influyen de forma decisiva en la salud, por lo que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar (7). Este modelo conceptual muestra la interrelación de los aspectos de contexto, posición y circunstancias con la equidad sanitaria y está representado gráficamente en la siguiente figura.

**Figura 1- Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. OMS 2011.**



Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2013. p 33.

Los determinantes estructurales de inequidades en salud que se ubican en la primera columna, son aquellos que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad, como la distribución de ingresos o la discriminación por factores como género, etnia o discapacidad y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos determinantes establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos (24).

En la segunda columna del mapa conceptual se encuentran los aspectos principales de jerarquía que definen la estructura social y las relaciones de clase dentro de la sociedad, son características vinculadas íntimamente con la distribución del poder, el prestigio y los recursos. La posición socioeconómica se ubica en primer lugar, la cual a su vez está relacionada con los otros factores (ingresos, acceso a los recursos, empleo, etcétera). Igualmente, el género, y la etnia/raza influyen en las desigualdades en salud.

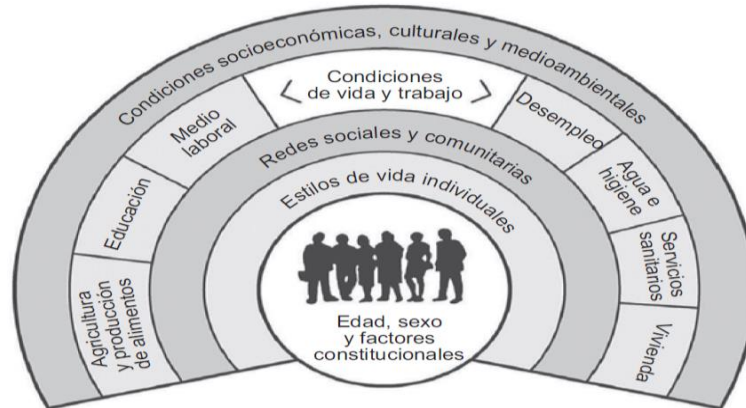
Estratificar los grupos sociales por ingreso económico, género, etnia, educación, ocupación u otros determinantes conlleva a la creación de desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo (24,8).

En la tercera columna se sitúan los determinantes intermedios de la salud e ilustran como los determinantes estructurales no ejercen una acción directa sobre la salud, sino obedecen al resultado de una acción de determinantes intermedios, como circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo, disponibilidad de alimentos, entre otros), conductas y factores biológicos (hábitos de consumo y estilos de vida) y factores psicosociales. El sistema de salud se incorpora al modelo como un determinante intermedio, ya que el sector sanitario ejerce influencia en la producción de la salud con responsabilidad en la gestión de las diferencias en la vulnerabilidad, en la exposición y en las consecuencias de la enfermedad (24).

El modelo de Dahlgren y Whitehead, adoptado por Acheson (13), presenta los principales determinantes de la salud como capas de influencia. En su centro, se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan su salud y que son inmodificables; mientras que a su alrededor aparecen las capas que se refieren a determinantes posibles de cambiar, siendo los primeros los estilos de vida individuales, que, desde hace décadas, han sido el objeto de la promoción en salud. Luego se encuentra la capa en que los individuos son influenciados por su comunidad y las redes sociales o redes emocionales y familiares, las cuales pueden sostener la salud de los individuos o dificultar la adopción de conductas saludables cuando son ignoradas (13).



*Figura 2 Modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (1991)*



Tomado de: Agudelo A. Trabajo y determinantes de salud en la población inmigrante en España, Tesis Doctoral, Universidad de Alicante, Alicante 2010. p. 54.

En Colombia el observatorio nacional de salud (ONS), pretende profundizar y desarrollar el análisis de la situación de salud en el país con perspectiva de determinantes sociales, para lo cual ha reconocido la necesidad de comprender los distintos enfoques teóricos y metodológicos, así como la información y herramientas analíticas necesarias para llevar a cabo el estudio. Se desarrollan en tal medida, análisis de problemas prioritarios en salud o análisis de situación de salud de grupos específicos en territorios determinados, que permitan entender los determinantes y brindar elementos para el abordaje de los mismos a través de políticas públicas que contribuyan a la mejoría de condiciones de salud de la población del país y disminuir las inequidades en salud (25).

### **2.3 DISCAPACIDAD**

Según la OMS la discapacidad es un importante problema de salud pública. Cuando se realizan evaluaciones globales sobre la carga de enfermedad, más de la mitad de la carga de mortalidad prematura se debe a la discapacidad total (22).

Es por ello, que las políticas de los estados y realidades sobre la discapacidad de todo el mundo son actualmente, el resultado de la perspectiva eco-sistémica a partir de un modelo biopsicosocial, siendo la OMS uno de los exponentes, reflejado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF); ésta aporta un

lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean el producto de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social (22).

El modelo integral de la CIF posee tres componentes importantes, el primero son las funciones y estructuras corporales, se refiere a todas funciones fisiológicas de los sistemas corporales y las partes anatómicas o estructurales del cuerpo, su ausencia o alteración es lo que se concibe como deficiencias en las funciones y las estructuras. El segundo componente, la actividad, significa la realización de una tarea o acción por una persona, las dificultades que tiene ésta para realizar dichas tareas se denomina limitaciones en la actividad. El tercer componente es la participación, la implicación de la persona en una situación vital y los problemas que ésta pueda experimentar para participar en las mismas constituyen las restricciones en la participación. Los tres componentes están integrados bajo los términos funcionamiento y discapacidad y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales (26).

La CIF, conceptualiza la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores contextuales individuales (factores ambientales y personales) (23). Por el contrario, el funcionamiento indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, circunscribe funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación.

Los factores contextuales son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de una persona, tiene dos componentes: factores ambientales y factores personales. Los primeros, se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y su estilo de vida, están compuestos por características del individuo que no

forman parte de una condición o estados de salud. Estos pueden incluir el sexo, la raza, la edad, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, la educación, la profesión, experiencias actuales y pasadas, comportamiento, personalidad, espiritualidad, entre otros (27,23).

Sin lugar a duda, este modelo es multidireccional contempla de manera más exhaustiva la complejidad de la discapacidad, lo cual se relaciona con lo expuesto por Vanegas y Gil (28). “La discapacidad se entiende como un conjunto de elementos biológicos, sociales y culturales que conforman interrelaciones en donde todas se ven afectadas si una de ellas cambia”.

La CIF integra los modelos biomédicos y sociales de la discapacidad y asume el modelo biopsicosocial como marco conceptual. Además, en la medida en que recoge factores ambientales y personales en su modelo, permite construir como estos pueden ser un elemento clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos y las poblaciones, también como se puede adoptar cambios y medidas sociales que pueden reducir su impacto cuando este es negativo.

El modelo biopsicosocial derivado de la teoría general de los sistemas, parte de la biología y corresponde a los cambios que la ciencia contemporánea ha hecho en su cuerpo teórico. Este modelo se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. El funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y mental) y los factores ambientales. Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento (29).

Este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona. En éste se requiere integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; clasificar y medir la discapacidad, y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad (28).

El modelo biopsicosocial coloca como actor principal a las personas con discapacidad, su familia y la comunidad, se plantea objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual,

familiar, comunitario y social, en relación a la dimensión no solo física sino también personal y espiritual. Las características fundamentales de este enfoque son:

- La atención primaria en salud, la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables, con plena participación social y a un costo accesible para la comunidad y el país.
- La multisectorialidad que implica el involucramiento de los diferentes actores sociales: instituciones, asociaciones, líderes y grupos comunitarios, familiares de personas con discapacidad, para trabajar de manera coordinada y sistemática, estimulando la gestión intersectorial, proponiendo la democratización del conocimiento y el empoderamiento local para el logro del objetivo propuesto, utilizando la participación y la concertación para la toma de decisiones.
- La desconcentración y descentralización de los servicios de rehabilitación, así como la difusión del conocimiento en la atención a las personas con discapacidad. Se propone el trabajo en red, que conlleva una interrelación, a todos los actores o agentes locales unidos y conectados bajo una misma filosofía de atención a las PCD, propiciando acciones que contribuyan a la equidad mediante el acceso a igualdad de oportunidades e integración social, con enfoque de derecho.
- La promoción de un sistema de protección social para las personas con discapacidad que dé respuesta a las principales necesidades sociales y económicas a este grupo de población. El modelo biopsicosocial de atención integral a las personas con discapacidad, parte de una visión integrada, permitiendo explicar la discapacidad como un hecho multidimensional y establece los lazos entre los distintos niveles: biológico, personal y social que lo sustentan, planteándose el logro de la funcionalidad como parte de la rehabilitación (30).

Es de vital importancia aclarar que la CIF no es solo aplicable en discapacidad sino en cualquier persona que presente una condición asociada a la salud. La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes:

### *1. Funcionamiento y Discapacidad*

(a) Funciones y Estructuras Corporales (b) Actividades y Participación

2. Factores Contextuales.

(c) Factores Ambientales (d) Factores

*Tabla 1 Visión de conjunto de la CIF*

	<i>Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad</i>		<i>Parte 2: Factores Contextuales</i>	
<b>Componentes</b>	<b>Funciones y Estructuras Corporales</b>	<b>Actividades y Participación</b>	<b>Factores Ambientales</b>	<b>Factores Personales</b>
<b>Dominios</b>	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
<b>Constructos</b>	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos)  Cambios en las Estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme  Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
<b>Aspectos positivos</b>	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
	Funcionamiento			
<b>Aspectos negativos</b>	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/obstáculos	no aplicable
	Discapacidad			

Fuente: Clasificación internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF) OMS (2001)  
.Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf)

Cada componente puede expresarse en aspectos positivos o negativos, constan de varios dominios y cada uno contiene categorías que a su vez son unidades de clasificación. El constructo básico de los factores ambientales está formado por efecto posibilitador o de obstrucción que son característicos de nuestro contexto físico, social y actitudinal (28).

Es importante resaltar que dentro de los funcionamientos y discapacidad, las funciones corporales hacen referencia a aquellas funciones ligada a los órganos de los sentidos como las visuales por ejemplo y las que están vinculadas a ojos y estructuras relacionadas se encaminan más a hacer parte de las funciones de estructuras.

En las funciones corporales, el cuerpo se representa como una unidad que compromete cerebro y todas sus funciones; por lo que podemos deducir que la CIF toma un método sistémico al hablar de funciones y estructuras corporales, por ende no se consideran órganos.

Dentro de estos dominios expuestos en la tabla 1, también se encuentran las deficiencias que son los problemas en funciones o estructuras corporales donde existe una alteración del estado bio médico del cuerpo y sus funciones, que pueden ser a nivel intelectual, psicológico, de lenguaje, en órganos, músculo esquelético, sensitivas entre otras.

Los dominios para el componente actividad y participación están incluidos en una lista que incluye categorías de áreas vitales; siendo útiles para evaluar desempeño/realización y de igual manera capacidad. Entendiendo como desempeño la acción de implicarse en una situación vital dentro de cualquier contexto que rodee a la persona ya sea físico, social o actitudinal; y el calificador de capacidad explica la habilidad de una persona de realizar un rol o acción específica en un tiempo determinado dentro de un contexto dado.

Por otra parte los factores contextuales son los componentes de la vida de la persona y su estilo de vida, dentro de los que encontramos factores ambientales y personales de vital importancia en todo los aspectos relacionados con la salud. Existe una amplia gama de factores contextuales en los que podemos incluir género, raza, edad, estilos de vida, hábitos, educación entre otros.

Según la CIF “La discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona”; por ende los factores contextuales juegan un papel importante en cuanto a la discapacidad, ya que existe una constante interacción con cada componente y cada dominio mencionado anteriormente,

donde se producen diferentes efectos en Lara personas con discapacidad, facilitando o restringiendo el desarrollo del individuo (22).

Al analizar lo expuesto anteriormente, es factible establecer que la discapacidad es una condición que afecta a las personas discapacitadas, pero que impacta en su entorno familiar y social, dado que puede llegar a limitar su capacidad para trabajar y vivir de forma independiente. Sin embargo, la información disponible que permita caracterizar la situación de discapacidad en un continuo estado de salud es insuficiente, contando con la información derivada del censo de 2005, la ENS 2007 y el Registro de Discapacidad (14).

En el informe mundial sobre discapacidad realizado por la OMS en el año 2011, se estimó que más de mil millones de personas, 15% de la población mundial, viven con algún tipo de discapacidad. Cifra que va creciendo debido al envejecimiento de la población (12).

Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%), de 15 años o más viven con algún tipo de discapacidad. Esta encuesta señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades significativas en el funcionamiento. El informe del Proyecto de Carga de Morbilidad estima que la población con discapacidad es de 975 millones (19,4%), de los cuales 190 millones poseen una discapacidad grave (3,8%). Este informe también mide la discapacidad infantil, y estima una cantidad de 95 millones de niños (5,1%) y 13 millones (0,7%) presentan una discapacidad grave (12).

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, 2005) y a partir de este registro se han realizado procesos investigativos que intentan hacer una mirada y abordaje a la discapacidad. Es así como Cruz Velandia en su artículo Magnitud de la discapacidad en Colombia, 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 (18).

En Colombia, según el censo de 2005, la prevalencia de personas con al menos una limitación fue del 6,3%, siendo mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%). Para entonces, se calcula que existían 2.651.701 personas con alguna limitación. Según la misma fuente, la discapacidad en hombres se concentra en el grupo de 0 a 35 años; mientras que, en las mujeres, la mayor proporción está en las adultas mayores, presumiblemente debido a las diferentes formas de discapacidad asociadas a las condiciones sociales, económicas y de violencia (14).

En las personas registradas, la mayor frecuencia de discapacidad corresponde a deficiencias en funciones o estructuras relacionadas con el movimiento del cuerpo, miembros superiores e inferiores (48,4%); le siguen, en orden de importancia, aquellas en las cuales se encuentra comprometido el sistema nervioso (41,7%); los ojos (40,7%); las estructuras de voz y habla (18,5%) y las deficiencias en los oídos (18,7%) (31). Por otra parte, la demanda de ayudas especiales para el manejo de la discapacidad es del 32% en las mujeres y del 25% en los hombres, mientras que solo el 56% de los que requieren dispositivos han tenido acceso a ellos. La mayor proporción de personas con demanda insatisfecha de dispositivos para su discapacidad son personas jóvenes, entre 12 y 29 años (14).

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, reconoce a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (32).

Bajo estas consideraciones, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, constituye un instrumento de política pública que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como, de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social (33).



La atención integral a la salud de las personas con discapacidad está orientada a prevenir la discapacidad en la población general, lo que representa un verdadero reto en materia de salud pública, ya que requiere de un cambio de cultura tanto de la población como de los servidores públicos y del personal de otros sectores, incluyendo la adopción de estilos de vida saludables y de medidas preventivas para reducir los factores de riesgo a lo largo de toda la vida. Para ello, se contempla la suma de esfuerzos de diversos programas y servicios de prevención de amenazas, riesgos y daños evitables para la salud y la promoción de la salud, evitando o mitigando la aparición de la discapacidad.

Incluye también una serie de estrategias y líneas de acción para contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación. Para ello, deben incorporar acciones enfocadas a garantizar la atención integral y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad, para mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión (33).

Es importante recordar que el Plan Decenal de Salud Pública transversaliza la atención diferencial para las personas con discapacidad en todas las dimensiones prioritarias y en sus componentes, y en este capítulo presenta las estrategias específicas que contribuyen a consolidar el acceso efectivo al ejercicio del derecho a la salud en estos grupos poblacionales (33).

Es de plantear como la movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social y la gestión de la información y el conocimiento en discapacidad, son dos componentes del plan decenal de salud pública relevantes para el desarrollo de esta investigación, ya que sus elementos constitutivos se convierten en factores que posibilitaran un mejor abordaje a partir de los resultados mismos de la investigación. A continuación se presentan dichos componentes:

## **Mobilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social**

- a. Promoción y gestión de estímulos empresariales para la inclusión laboral y productiva, así como la nivelación salarial de personas con discapacidad.
- b. Certificación de la condición de discapacidad, a las personas que la requieran.
- c. Capacitación en el desarrollo de procesos de gestión para la prestación de los servicios de atención a la población con discapacidad, con la participación de las personas con discapacidad, familia, cuidadores y profesionales que proveen dichos servicios.
- d. Seguimiento a la articulación de los planes territoriales de salud con los planes de acción de los comités territoriales de discapacidad en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad.
- e. Generación, seguimiento y evaluación de la adecuación de los sistemas de transporte, vías y señalización vial accesible para las personas con discapacidad (32).

## **Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad.**

- a. Ampliación de la cobertura del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad RLCPD, en todas las regiones del país.
- b. Identificación de la línea de base para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP dirigidas al bienestar de las personas con discapacidad.
- c. Investigación permanente sobre la situación en salud de las personas con discapacidad, para prevenir las deficiencias mediante la intervención positiva de los Determinantes Sociales de la Salud.
- d. Seguimiento y evaluación en salud a las personas con discapacidad, incluyendo las variables que caracterizan a la población en los diferentes registros administrativos y de

seguimiento liderados por el sector salud, con desarrollo e implementación del Observatorio Nacional e Intersectorial de Discapacidad para Colombia (25).

Finalmente, es importante mencionar la legislación actual en Colombia específicamente la Ley Estatutaria 1618 de 2013, que garantiza el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, cuyo objetivo es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de ésta personas de forma mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009 (34, 32).

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho al trabajo de las personas con discapacidad, en términos de igualdad de oportunidades, equidad e inclusión, en concordancia con el artículo 27 de la Ley 1346 de 2009, el Ministerio de Trabajo o quien haga sus veces y demás entidades competentes establecerán un decreto reglamentario que establezca una puntuación adicional en los procesos de licitación pública, concurso de méritos y contratación directa, para las empresas que en su planta de personal tengan personas con discapacidad contratadas con todas las exigencias y garantías legalmente establecidas, y para las empresas de personas con discapacidad, familiares y tutores (11).

Estudios realizados muestran algunas cifras acerca de las condiciones actuales en las que se encuentran las personas con discapacidad. Uno de estos, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, plantea que del 7% al 12% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad (12). En Colombia, según el Ministerio de Salud en 1996, la población con discapacidad era del 12%, del cual el 60% correspondía a discapacidad física y sensorial (15).

Teniendo en cuenta estos números y otros factores como la accesibilidad a diferentes espacios, que influyen en el problema de la inclusión social de las personas con discapacidad, se han fundamentado investigaciones que buscan lograr dicha inclusión (9). Es así como a finales de los años 70, la mayoría de los países europeos, algunos asiáticos y de América del Norte, contaban con legislación, que garantizaba la inclusión social de las personas con discapacidad en todas las áreas, incluyendo la laboral (19).

La OIT calcula que en el mundo hay unos 450 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar, son personas que tienen el potencial necesario para incorporarse al mercado laboral y contribuir al desarrollo de sus países como empleados, trabajadores independientes o empresarios, y que desean hacerlo, sin embargo, la situación de empleo es realmente sombría, con frecuencia esto se debe a que los empleadores creen que las personas con discapacidad no están preparadas para el trabajo y no les dan la oportunidad de demostrar lo contrario (35).

Otras razones son que, a menudo, las personas con discapacidad no han tenido acceso a la educación y a la formación profesional; que los servicios de ayuda que requieren no están disponibles (15). La OMS junto con la OPS, la ONU y otras entidades internacionales se han interesado en conocer la interacción entre las condiciones sociales y la discapacidad, desarrollando una serie de estudios para dilucidar los pormenores de la relación entre discapacidad y pobreza (7).

A nivel investigativo sobre discapacidad, se encuentran estudios como el de Cruz y Hernández (18), quienes dan cuenta de los avances de investigación del proyecto “Magnitud de la Discapacidad en Colombia”, cuyo fin es la formulación de un Índice de Discapacidad Humana, conocer la dimensión y el impacto de la discapacidad en Colombia, planteando una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF.

Otro estudio, es el propuesto por Lugo y Seijas quienes asumen que La legislación mundial, iberoamericana y colombiana es abundante, sin embargo, a pesar de la limitación en las fuentes de los datos, observan una situación preocupante de las personas con discapacidad en Colombia y que poco ha cambiado en los últimos años (36). Mencionan como la prevalencia alta de personas con discapacidad con 2.624.898 en 2005 sin información válida sobre las consecuencias en salud como morbilidad, mortalidad de estas personas, integración escolar, laboral, participación social y accesibilidad. Más del 70% de las personas con discapacidad tienen un seguro de salud, sin embargo, solo accedió algún servicio de rehabilitación alrededor del 11%. Establecen que aún no se evidencia resultados

publicados de la efectividad de las intervenciones en salud, seguridad social, educación, trabajo, recreación y deporte, calidad de vida de las PCD.

A continuación se muestran tres tablas productos del estudio realizado por Lugo y Seijas que exponen el marco normativo de la discapacidad en Colombia (36).

**Tabla 2 Marco normativo de la discapacidad en Colombia**

Legislación de la Discapacidad en Colombia		
Disposiciones Constitucionales 1991 Específicas	Artículo 13	Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley.... El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.... El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta...
	Artículo 47	El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.
	Artículo 54	Es obligación del Estado.... garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.
	Artículo 68	Los particulares podrán fundar establecimientos educativos.... La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.
Disposiciones Constitucionales 1991 Releídas	Artículo 25	El trabajo como derecho y obligación social, en condiciones dignas y justas.
	Artículo 48 y 49	Sobre la seguridad social, como un servicio público y obligatorio, derecho irrenunciable de todas las personas.
	Artículo 52	Derecho a la recreación y el deporte
	Artículo 67	La educación como derecho de la persona.
	Artículo 70	Acceso de todas las personas a la cultura
Disposiciones Legales Generales	Artículo 366	Sobre el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, las cuales son finalidades sociales del estado.
	Resolución 14861 de 1985	Por la cual se dictan normas para la protección, seguridad y bienestar de las personas y en especial de los minusválidos.
	Ley 60 de 1993	La cual desarrolla el régimen de transferencia de recursos a las entidades territoriales con el fin de que asuman nuevas funciones en especial en las áreas de salud y de educación.
	Decreto 2336 de 1994	Se establecen los criterios para el manejo autónomo del Situado Fiscal. Y dentro de esto el Plan de Cubrimiento Gradual de Atención Educativa para las personas con limitaciones.
	El decreto 2886 del 1994	Se reglamentan procedimientos y formalidades para que las entidades territoriales cumplan con los requisitos para poder asumir la administración de recursos.
	Decreto Nº 730 el 3 mayo de 1995	Mediante el cual se conforma el Comité Consultivo Nacional de Discapacidad. Con este, Colombia da un paso fundamental en el abordaje integral del tema. Pero es con la siguiente ley con la cual el estado colombiano legisla en especificidad y de manera integral sobre esta temática.
	Documento CONPES 2761 de 1995	Política de Prevención y Atención a la Discapacidad, Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES)(1)
	Ley Nº 361 del 1997	"Establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones". Con el objetivo de que las PCD puedan "alcanzar su completa realización personal y su total integración social", así como también de asuntos de prevención, educación, rehabilitación, bienestar social, etc.
	Ley 368 del 1997 y decreto 2713 de 1999	Mediante la cual se crea y luego se modifica la Red de Solidaridad Social.
	Decreto 276 de 2000	Crea el Comité consultivo Nacional de las personas con limitación. Tres años después es modificado por el Decreto Nº 276 de febrero de 2000. Posteriormente, en julio de 2007, es derogado el artículo 685 de la Ley 361 que constituyó el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, dando paso a una nueva estructura nacional, el Consejo Nacional de Discapacidad (CND) que, manteniendo su carácter consultivo, hace parte del Sistema Nacional de Discapacidad (SND) y está vigente en la Actualidad.
	Decreto 524 de 2000	Mediante el cual los hijos y hermanos huérfanos de los afiliados a una caja de compensación que tengan una disminución de sus capacidades físicas superior al 60% tienen derecho al pago de subsidio familiar.
	Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias" lo cual ayuda a determinar responsabilidades en la materia de discapacidad de la nación y de los entes territoriales.
	Documento CONPES 80 del 26 de julio de 2004	Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad.
	Ley 1145 de 2007	"Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones" (SND). El SND es el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad contenidos en la ley 1145.

Legislación en Salud y Seguridad Social	Decreto 2358 de 1981	El cual crea el Sistema Nacional de Rehabilitación
	Ley 100 de 1993	Que crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Con sus sistemas hijos, Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y Sistema General de Riesgos Profesionales. El sistema de salud comprende la cobertura de toda la población en relación con la promoción, prevención, atención y recuperación de la enfermedad. El art. 157 determina que las PCD, sin capacidad de pago, pertenecerán al régimen subsidiado, y en el Art. 163 en el régimen contributivo serán beneficiarios las personas con discapacidad permanente a si sean mayores de edad.
	Resolución 5261 de 1994	Que adopta el Plan Obligatorio de Salud (POS), en el que se incluye la rehabilitación.
	Resolución 3165 de 1996	Adopta lineamientos para la atención en salud de personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías.
	Resolución 3997 de 1996	Mediante la cual se establecen las actividades y procedimientos para las acciones de promoción y Prevención del SGSSS.
	Resolución 4288 de 1996	Que crea el Plan de Atención Básica.
	Decretos 2226 de 1996 y 1152 de 1999	Respecto a la ejecución de planes y programas en el campo de la salud, para: La tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados.
	Resolución 238 de 1999	Mediante la cual quedan incluidos en el SGSSS los servicios relacionados con psiquiatría, medicina física, rehabilitación, terapia ocupacional, física y del lenguaje.
	Acuerdo 72 del 1997	Mediante el cual se definió el plan de beneficios del régimen subsidiado (RS) para la atención de la rehabilitación funcional de las PCD
	Acuerdo 74 de 1997	Se hacen adiciones al plan de beneficios del RS
	Acuerdo 77 de 1997	Establece como personas de afiliación prioritables a las PCD
	Ley 643 del 2001	Mediante la cual el 4% de los recursos explotados de los juegos de suerte y azar serán destinados para la vinculación al régimen subsidiado de PCD.
	Ley 790 de 2002	Confirma el Ministerio de la Protección Social.
	Decreto 205 de 2003	Define al Ministerio de la Protección Social como el director de Seguridad Social y Protección Social del país. Con el Objetivo primordial de formular, adoptar, direccionar, coordinar, ejecutar, controlar y seguir el Sistema de la Protección Social.
	Acuerdo 04 de 2009	Unifica el POS para los niños de 0 a 12 años
	Acuerdo 011 de 2010	Unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años
	Acuerdo 027 de 2011	Unifica el POS para los adultos de 60 y más años
	Acuerdo 032 de 2012	Unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.(14)
Legislación en Empleo	Ley 82 de 1989	Que ratifica el convenio 159 de la OIT para garantizar la oportunidad de empleo adecuado y la integración o reintegración eficaz al trabajo.
	Ley 443 de 1998 y decretos reglamentarios 1571 y 1572	Se expiden normas sobre la carrera administrativa para garantizar igualdad de oportunidades a las PCD.
	Decreto 970 de 1994	Convenio para la readaptación profesional y el empleo de PCD
	Decreto 692 de 1995	Manual clasificación de la invalidez.
	Decreto 917 de 1999	Manual Único de calificación de la pérdida de capacidad laboral.
Legislación en Transporte	Ley 105 de 1993	Disposiciones básicas sobre el transporte. Incluyendo cuestiones de diseño y subsidios a favor de las PCD
Legislación en Accesibilidad	Ley 12 de 1987	Que suprime algunas barreras arquitectónicas y dicta otras disposiciones.
	Diversas Normas técnicas del ICONTEC	Para garantizar accesos al medio físico de las PCD.
	Manual de Accesibilidad al Espacio Público y al transporte	Elaborado por la Universidad Nacional y el Fondo de prevención Vial.
Legislación en Educación	Ley 115 de 1994 “Ley General de Educación”	La cual en los artículos 46 y 49 prevé la educación para las PCD o capacidades excepcionales.
	Ley 119 de 1994	Que reestructura el SENA. El artículo 3 señala como objetivo el organizar programas de re-captación profesional para personas discapacitadas
	Decreto 2082 de 1996	Reglamentó la atención educativa para las PCD.
	Decreto 1336 de 1997	Establece la estructura interna del Instituto Nacional para Ciegos (INCI).
	Decreto 672 de 1998	Relacionado con la educación de niños sordos y la legua de señas.

Legislación en Deporte y Recreación	Ley 181 de 1995	Disposiciones generales en el fomento del deporte, recreación y aprovechamiento del tiempo libre. En el artículo 3 se establecen disposiciones especiales para las PCD.
	Ley 582 de 2000	Establece el Sistema Deportivo Nacional de las PCD y crea el Comité Paralímpico Colombiano
Legislación en Comunicaciones e información	Ley 324 de 1996	Que aprueba el lenguaje de señas como oficial de la comunidad sorda y plantea la investigación y la difusión de la misma.
	Ley 335 de 1996	Que aprueba el lenguaje de señas como oficial de la comunidad sorda y plantea la investigación y la difusión de la misma.
	Ley 488 de 1998	Que excluye el impuesto IVA a todos los artículos y aparatos que ayuden a disminuir o compensar una limitación.
	Resolución 001080 del 2002	Fija criterios aplicables a la programación de televisión para la población sorda.
	Circular 013 de 2005	De la Comisión Nacional de Televisión (CNTV). Obliga a las instituciones a que en todas sus campañas incluyan tecnología para el acceso de la población con limitación auditiva.
Legislación en Cultura y otras	Ley 29 de 1990	Es obligación del estado promover y orientar el adelanto científico y tecnológico.
	Decreto 2381 de 1993	Se declara el 3 de diciembre como el día nacional de las PCD.
	Ley 397 de 1997	Disposiciones generales respecto a la cultura. El estado dará especial tratamiento a la PCD
	Ley 546 de 1999	El 1% de las viviendas construidas deben estar disponibles para la PCD. Con las adaptaciones arquitectónicas necesarias.
Legislación respecto a niños y adolescentes	Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia
	Resolución número 1395 de 2012	Por la cual se modifica el Lineamiento Técnico para las Modalidades de Apoyo y Fortalecimiento a la Familia para el restablecimiento de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y Mayores de 18 Años con Discapacidad con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados, Modalidad de atención terapéutica, aprobado mediante Resolución número 6024 de 2010.

Tomado De: <file:///Users/ofinvestigaciones/Downloads/64-122-1-SM.pdf>

## 2.4 DISCAPACIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

Fiorati en Brasil (37) realizó un estudio para analizar la inclusión social familiar y comunitaria y la participación social de personas con deficiencia, así como su inserción en ocupaciones en la vida cotidiana, los resultados evidenciaron que la inclusión social, familiar y comunitaria de los sujetos del estudio se condiciona a determinantes sociales de la salud, presentando índices de inequidades sociales, expresados por la dificultad de acceso a servicios de Atención Primaria de la Salud y de rehabilitación, trabajo y renta, educación, cultura, transporte y participación social.

Se resalta la importancia de la articulación de los profesionales de salud que integran la red de servicios de la Atención Primaria de la Salud, en conexión con otros sectores sociales, para coordinación del proceso de formulación de políticas y programas dirigidos a la mejoría del acceso de las personas con deficiencia, en situación de vulnerabilidad social, a los servicios de salud; a ellas deben ser garantizadas la rehabilitación y oportunidades de renta, trabajo, habitación, transporte, medio ambiente saludable, calidad de vida y equidad social (15).

La discapacidad es vista como un proceso de desarrollo, debido a que posee un vínculo bidireccional con la pobreza: la discapacidad puede aumentar el riesgo de pobreza, y viceversa (38). Un creciente conjunto de datos empíricos de todo el mundo indica que es más probable que las personas con discapacidad y sus familias experimenten desventajas económicas y sociales que aquellas que no han experimentado una discapacidad, es decir, una discapacidad puede generar el empeoramiento del bienestar social y económico y la pobreza a través de una multitud de canales que incluyen la repercusión negativa sobre la educación, el empleo, las ganancias y el aumento de los gastos vinculados a la discapacidad (39).

El estudio del CERMI sobre la discapacidad y exclusión social en la Unión Europea, se ofrecen datos sobre la importancia relativa de los principales efectos de la exclusión en las personas con discapacidad. Los resultados indican el siguiente orden de importancia: falta o acceso limitado al entorno social y desempleo (94%), falta o acceso limitado a los servicios (85,4%), estigmatización de las personas discapacitadas (83,3%), falta de formación adecuada (81,2%), falta de servicios especializados (80%), sistemas educativos inadecuados (77,1%), falta de políticas económicas para compensar el gasto extra de la discapacidad (75,7%), la estructura del sistema de subsidios (75%), vivir en instituciones (60%). Además, la situación también tiene un gran impacto sobre los progenitores (la mayor parte las madres) de personas con discapacidad severa, que deben compensar esta falta en detrimento de su trabajo, ingresos y derechos de pensión, pero también de su propia participación en la comunidad y entorno social (40).

A nivel nacional también se encontraron importantes aportes investigativos en cuanto a Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud se refiere, es así como en el 2014 se establece la relación existente entre los Determinantes Sociales de la Salud y su relación directa con la discapacidad en la ciudad de Tunja. Se encontró que la distribución de los Determinantes Sociales de la salud estructurales e intermedios a partir del (RLCPCD) en el municipio de Tunja, la mayor proporción de personas con discapacidad son mujeres, el grupo etario de mayor proporción son menores de 14 años y mayores de 60 años, no tienen educación, la mayoría residen en el área urbana y pertenecen a estratos 1-2 y al régimen subsidiado de seguridad social, carecen de trabajo (39).



En la ciudad Santiago de Cali, se estableció la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Discapacidad encontrándose que el 52% de las personas pertenecía al género femenino; el promedio de la edad fue de 48 años  $\pm$  24,1 años y la raza predominante, la mestiza. El 28% de las personas registradas no tenía ningún nivel de estudio; un 76% de las personas pertenecen a estratos 1 y 2 y el 100% tienen al menos una deficiencia y una discapacidad y el 25% presentan restricción en la participación (8).

La presencia de discapacidad en el género está ligada a dos características para tener en cuenta: la edad de la persona y la esperanza de vida al nacer de cada país y región. De acuerdo con la información brindada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), la esperanza de vida en Colombia para el quinquenio 2010- 2015 es de 78 años para las mujeres y 72 para los hombres, lo cual está relacionado con los datos de los diversos estudios interpretados anteriormente. El género como determinante social de salud es fundamental porque es una de las principales características que permite identificar la presencia de inequidad social en una población, especialmente en la población con discapacidad (41).

En la ciudad de Barranquilla se reportan porcentajes parecidos en cuanto a género. El promedio de edad fue de  $38 \pm 19,6$  años. Un alto porcentaje de las personas no tiene ningún nivel educativo, son de raza mestiza y viven en la cabecera, y pertenecen al estrato 1 y 3. Cerca del 19% reciben algún ingreso económico mensual. Se puede afirmar, que existe asociación estadísticamente significativa entre el género y la raza como determinante estructural. En cuanto al género y los determinantes intermedios, los que presentaron asociaciones estadísticas fueron: trabajo que desempeña, salario mensual y tipo de afiliación. No se evidenció asociación entre el género y los componentes de la discapacidad (41).

El documento “Discapacidad reto para la inclusión en capital humano” precisa que según el registro DANE 2005, 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 (31).

En la tesis Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, se encontró que el mayor porcentaje de los registros fue masculino 54,7%, con una edad promedio de la población caracterizada de 38 años +- 23,12; el mayor nivel educativo alcanzado corresponde a post-gradado 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 (42).

## **2.5 INSTRUMENTO WHO-DAS 2.0**

El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO- DAS 2.0, por sus siglas en inglés) es un instrumento de evaluación genérico desarrollado por la OMS para brindar un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad entre las culturas. Fue desarrollado a partir de un conjunto integral de dimensiones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (44). La Primera versión constaba de 96 ítems; en el proceso de revisión y validación se llegó a un instrumento de 36 ítems, que cumplía requisitos para la adecuada evaluación, en los distintos contextos, de las diversas dimensiones de la discapacidad incorporadas en la CIF. WHO-DAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico, que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. WHO-DAS 2.0 capta el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida (45):

- Dominio 1: Cognición – comprensión y comunicación.
- Dominio 2: Movilidad – movilidad y desplazamiento.
- Dominio 3: Cuidado personal – cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo.
- Dominio 4: Relaciones – interacción con otras personas.
- Dominio 5: Actividades cotidianas – responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela.

- Dominio 6: Participación – participación en actividades comunitarias y en la sociedad.

Existen tres versiones de WHO-DAS 2.0, una versión de 36 preguntas, otra de 12 y otra de 12+24. Todas las versiones preguntan acerca de las dificultades del funcionamiento en los seis dominios durante los 30 días anteriores a la entrevista.

### **Versión de 36 preguntas**

La versión con 36 preguntas de WHO-DAS 2.0 es la más detallada de las tres. Permite generar puntuaciones para los seis dominios de funcionamiento y calcular una puntuación general.

Para cada respuesta positiva, se realizará una pregunta de seguimiento para indagar acerca del número de días (en los últimos treinta) en los que el entrevistado haya experimentado la dificultad específica. Esta versión se encuentra disponible en tres formas diferentes: administrada por un entrevistador, por la propia persona o por un representante.

El tiempo promedio de la entrevista para la versión de 36 preguntas administrada por un entrevistador es de 20 minutos.

### **Versión de 12 preguntas**

La versión de 12 preguntas de WHO-DAS 2.0 es útil para evaluaciones cortas del funcionamiento general en encuestas o estudios sobre la evolución de la salud, en situaciones en las cuales los límites de tiempo no permiten la aplicación de la versión más extensa. La versión de 12 preguntas explica el 81% de la varianza de la versión que contiene 36. También se encuentra disponible en tres formas diferentes: administrada por un entrevistador, por la propia persona o por un representante.

El tiempo promedio de la entrevista para la versión de 12 preguntas administrada por un entrevistador es de 5 minutos.

### **Versión de 12 + 24 preguntas**

La versión de 12+24 preguntas de WHO- DAS 2.0 es un simple híbrido entre la versión de 12 preguntas y la versión de 36. Utiliza 12 preguntas para investigar los dominios problemáticos del funcionamiento. En caso de obtener respuestas positivas en las 12 preguntas iniciales, los entrevistados podrán responder hasta 24 preguntas adicionales. Por lo tanto, este es un test simple y adaptativo que trata de responder 36 preguntas completas, al mismo tiempo que evita respuestas negativas. Esta versión solo puede ser administrada mediante entrevista o examen adaptativo computarizado (CAT, por sus siglas en inglés).

Para cada respuesta positiva, se realizará una pregunta de seguimiento para indagar acerca del número de días (en los últimos treinta) en los que el entrevistado haya experimentado esta dificultad. El tiempo promedio de la entrevista para la versión con 12+24 ítems es de 20 minutos.

La escala de evaluación para cada dominio y para el instrumento en su totalidad es una escala ordinal que determina grados de dificultad o discapacidad según el caso. Esta escala valora cada opción así:

Ninguna dificultad o sin discapacidad, dificultad o discapacidad leve, moderada, severa o completa. El WHO-DAS 2.0 evalúa la discapacidad a personas de seis (6) años o más.

Puede ser aplicado a personas con antecedentes culturales y educacionales y niveles cognoscitivos marcadamente distintos. Se diferencia de otras medidas de salud y discapacidad (22).

La versión de 36 ítems es la versión más recomendada por el WHO- DAS 2.0 ya que provee la más completa evaluación del funcionamiento de la persona. Esta versión fue validada obteniéndose un Alfa de Cronbach, con valores por encima de 0,94 y un Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI), con puntuaciones en general mayores a 0,93 y el CCI general de 0,98(46).

El WHO-DAS 2.0 fue probado en una variedad de contextos culturales y poblaciones diferentes, y se encontró que era sensible al cambio, independientemente del perfil socio demográfico del grupo de estudio. Los estudios de validación también dejaron ver que el

WHO- DAS 2.0 se compara favorablemente con otras mediciones de discapacidad o del estado de salud, y con las calificaciones realizadas por los profesionales clínicos y los representantes (44, 45).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer los Determinantes Sociales de la Salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años de la Ciudad de Barranquilla.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar los Determinantes Sociales de la Salud estructurales e intermedios en las personas con discapacidad participantes en el estudio.
- Caracterizar el grado de discapacidad de los participantes en el estudio.
- Relacionar los Determinantes Sociales de la Salud con el grado discapacidad en los participantes del estudio.
- Establecer un modelo predictivo del grado de discapacidad a partir de los Determinantes Sociales de la Salud.

#### 4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

*Tabla 3 Operacionalización de variables*

Variable	Indicador	Valor Final Categorías	Tipo De Variable	Fuente de Información	Tipo – De DSS
Sexo	Categoría biológica diferencial entre hombre y mujer basados en el sexo de las personas.	1-Masculino 2- Femenino	Cualitativa Nominal	Encuesta	Estructural
Edad	Lapso de tiempo en años transcurrido entre el nacimiento y el momento en que se toma la medida del individuo.	Número absoluto	Cuantitativa de razón	Encuesta	Estructural
Estado Civil	Estado civil del encuestado	1-soltero 2-casado 3- unión libre 4- viudo 5- Separado	Cualitativa Nominal Politómica	Encuesta	Estructural
Estratificación socioeconómica	Nivel de clasificación del inmueble de la población.	Número absoluto del 0 al 6	Cualitativa ordinal	Encuesta	Estructural
Área	Lugar de residencia del sujeto	1-Urbana 2-rural	Cualitativa nominal	Encuesta	Estructural
Nivel educativo	Mayor nivel académico alcanzado por el encuestado	1-Ninguno 2- Preescolar incompleto 3- Preescolar	Cualitativa ordinal	Encuesta	Estructural

		completo 4- Básica Primaria incompleto 5- Básica Primaria completa 6- Básica Secundaria incompleta 7- Básica Secundaria completa 8- Técnico o tecnólogo incompleto 9- Técnico o tecnólogo completo 10- Universitario sin título. 11- Universitario con título 12- Posgrado incompleto 13- Postgrado completo			
Raza	Pertenencia a grupo étnico minoritario.	1-Negro 2- Raizal 3- Palenquero 4- Gitano 5- Indígena 6- Mestizo u otro diferente	Cualitativa nominal	Encuesta	Estructural
Afiliación a SGSS	Un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, a cargo del Estado	1-Contributivo 2- Subsidiado 3- Pobre no afiliado 4-No sabe	Cualitativa nominal Politómica.	Encuesta	Intermedio
Circunstancias materiales del trabajo	Ingreso mensual promedio	Valor absoluto en pesos	Cuantitativa de razón	Encuesta	Intermedio



	Horas trabajadas al mes referidas por el encuestado	Valor absoluto en horas	Cuantitativas de razón continua	Encuesta	Intermedio
	Tipo de contrato de trabajo referido por el encuestado	1-A término fijo. 2-A término indefinido. 3-Sin contrato	Cualitativa nominal Politémica.	Encuesta	Intermedio
	Condiciones del sitio de trabajo referidas por el encuestado	1-Buena. 2-Regular. 3-Mala	Cualitativa ordinal	Encuesta	Intermedio
Tipo de vivienda	Espacio físico cuya de refugio y descanso	1-Casa 2Apartamento 3- Cuarto 4- Institución pública 5- Institución privada 6- Calle 7- Otro tipo de vivienda	Cualitativa nominal	Encuesta	Intermedio
	Clase de posesión de la familia en cuanto al inmueble que están habitando en el momento de la encuesta	1-arriendo 2-pagando propia 3-propia pagada 4-otra condición	Cualitativa nominal	Encuesta	Intermedio.
Número de personas en el hogar	Total, de personas que comparte la misma vivienda.	Número absoluto	Cuantitativa de razón	Encuesta	Intermedio
Utilización de órtesis y/o prótesis	Tipo de órtesis y/o prótesis utilizadas referidas por el encuestado.	Valor absoluto expresado en palabras.	Cualitativa nominal	Encuesta	Intermedio

Servicios de Rehabilitación	Recuperación de la discapacidad	1-Si 2-No	Cualitativa nominal dicotómica	Encuesta	Intermedio
	Factores de recuperación	1-Los servicios de salud y servicios recibidos. 2-Apoyo familiar. 3-Empeño por salir adelante. 4-A Dios. 5-Medicina Alternativa. 6- Otro.	Cualitativa nominal Politómica	Encuesta	Intermedio
	Tipo de rehabilitación Ordenada	1-Medicina física y de Rh 2-Psiquiatría 3-Fisioterapia 4-Fonoaudiología 5-Terapia ocupacional 6-Optometría 7-Psicología 8-Trabajo social 9-Medicamentos	Cualitativa nominal Politómica	Encuesta	Intermedio

		<p>permanentes</p> <p>10-Otro tipo de Rh</p> <p>11-Ninguno</p>			
	Asistencia actual al Rh referido por el encuestado	<p>1-Si</p> <p>2-No</p>	Cualitativa nominal dicotómica	Encuesta	Intermedio
	Quien paga la Rehabilitación	<p>-SGSS</p> <p>-Familia</p> <p>Personalmente</p> <p>-ONG</p> <p>-Empleador</p> <p>-Otro</p>	Cualitativa nominal Politómica	Encuesta	Intermedio
	Porque no Recibe rehabilitación	<p>1-Ya terminó la rehabilitación.</p> <p>2-Cree que ya no lo necesita.</p> <p>3-No le gusta.</p> <p>4-Falta de dinero.</p> <p>5-Lejanía del Centro de atención.</p> <p>6-No hay quien lo lleve.</p> <p>7-No sabe.</p> <p>8- Sin dato.</p>	Cualitativa nominal Politómica	Encuesta	Intermedio

Cognición	D1.1	Dificultad para concentrarse en hacer algo durante diez minutos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.2	Dificultad para recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.3	Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo.	1 2 3 4 5

	D1.4	Dificultad para aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D1.5	Dificultad para entender en general lo que dice la gente	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D1.6	Dificultad para comenzar y mantener una conversación	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

Movilidad	D2.1	Dificultad para estar de pie por largos períodos como por ejemplo 30 minutos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.2	Dificultad para pararse luego de estar sentado	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.3	Dificultad para moverse adentro de su hogar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5

	D2.4	Dificultad para salir de su hogar	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D2.5	Dificultad para caminar una larga distancia como un kilómetro [o equivalente]	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
Cuidado Personal	D3.1	Dificultad para Lavarse todo su cuerpo (bañarse)	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

	D3.2	Dificultad para vestirse	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D3.3	Dificultad para comer	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D3.4	Dificultad para quedarse solo durante algunos días	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>



Relaciones	D4.1	Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	Ninguna dificultad	1 2 3 4 5
			Dificultad leve	
			Dificultad moderada	
			Dificultad severa	
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	
	D4.2	Dificultad para mantener una amistad	Ninguna dificultad	1 2 3 4 5
			Dificultad leve	
			Dificultad moderada	
			Dificultad severa	
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	
	D4.3	Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted	Ninguna dificultad	1 2 3 4 5
			Dificultad leve	
			Dificultad moderada	
			Dificultad severa	
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	

	D4.4	Dificultad para hacer nuevos amigos	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D4.5	Dificultad para realizar actividades sexuales	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
Actividades De La Vida Diaria	D5.1	Dificultad para Ocuparse de sus responsabilidades domésticas	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

	D5.2	Dificultad para realizar bien sus tareas domésticas más importantes	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D5.3	Dificultad para terminar todo el trabajo doméstico que necesitaba realizar	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D5.4	Dificultad para terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

	D5.5	Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D5.6	Dificultad para realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D5.7	Dificultad para terminar todo el trabajo que necesita realizar	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

	D5.8	Dificultad para terminar su trabajo tan rápido como era necesario	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
Participación	D6.1	Dificultad para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D6.2	Dificultad debida a barreras u obstáculos en el mundo que lo rodea.	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

	D6.3	Dificultad para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas.	<p>Ninguna dificultad</p> <p>Dificultad leve</p> <p>Dificultad moderada</p> <p>Dificultad severa</p> <p>Dificultad extrema / No puede hacerlo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D6.4	Tiempo dedicado usted a su condición de salud, o a sus consecuencias.	<p>Ninguno</p> <p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Severo</p> <p>Extremo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D6.5	Grado en que su estado de salud lo ha afectado emocionalmente	<p>Ninguno</p> <p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Severo</p> <p>Extremo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
	D6.6	Impacto económico que su estado de salud ha tenido para usted o para su familia	<p>Ninguno</p> <p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Severo</p> <p>Extremo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

	D6.7	Dificultad que para su familia ha tenido su estado de salud	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D6.8	Dificultad para realizar por sí mismo (a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5

Fuente: elaboración propia

## 5 METODOLOGÍA

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Investigación cuantitativa, descriptiva con una fase comparativa y correlacional.

### 5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

**Área de estudio:** El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Barranquilla.

**Población:** Total de personas con discapacidad identificadas en el Registro de Caracterización y localización de Personas con Discapacidad de la Ciudad Barranquilla Mayores de 18 años.

**Muestra:** Con un margen de confianza del 95% se estimó una muestra de 194 personas y un 10% de margen de pérdida el total de la muestra fueron 216 personas, calculada utilizando la siguiente fórmula:

#### Cálculo del tamaño de la muestra para estimar una correlación lineal

##### Test Bilateral

$$n = \left( \frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left( \frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

Estimadores	Valores	Valores
Nivel de confianza (Z Alfa). 95%	1,96	1,96
Poder Estadístico (Z Beta): 80%	0,842	0,842
Correlación lineal esperada ( r )	0,30	0,20
<b>Tamaño de la muestra (n)</b>	<b>85</b>	<b>194</b>
Porcentaje de pérdida (L)	0,10	0,10
<b>Muestra ajustada a la pérdida (n')</b>	<b>94</b>	<b>216</b>

Fuente: Elaboración propia



### **5.3 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES:**

La selección de los participantes se realizó en instituciones de salud, centros de rehabilitación, referidos y por bola de nieve.

### **5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Personas con Discapacidad Mayores de 18.
- Encontrarse mentalmente apto para responder el cuestionario.
- Tiempo mayor de 6 meses con limitación permanente de las actividades.
- Participación voluntaria.
- Diligenciamiento del consentimiento informado por ellos o su Representante legal o cuidador (Anexo1).

### **5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:**

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- Encuesta para obtener información sobre los DSS (Anexo 2).
- Aplicación del WHO DAS 2.0 para evaluar el grado de discapacidad según los diferentes dominios, se aplicó el WHO-DAS 2.0 con 36 ítems el cual es conceptualmente compatible con el modelo de la CIF (anexo 2 – Instrumento de recolección de información).

### **5.6 PROCEDIMIENTO**

- Se realizó contacto con la Secretaría de Salud Distrital y entidades que trabajan con discapacidad con el fin de obtener datos de esta población.
- Se consolidaron las pruebas de los instrumentos de recolección de información.
- Se realizaron pruebas pilotos para la calibración de evaluadores e instrumentos.
- Se ajustaron el instrumento de recolección de información de acuerdo a la prueba piloto.
- Se realizó reclutamiento de los participantes del estudio, según la muestra calculada.

- Se tomó la aceptación y firma del consentimiento informado.
- Se realizó la encuesta presencial a la muestra para evaluar los DSS y se aplicó el WHO DAS 2.0 por parte de los investigadores
- Se realizó la sistematización, tabulación y análisis de información.
- Análisis y discusión de resultados.

## **5.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 24 (licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales).

Se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad o dispersión para variables cuantitativas incluidas en el estudio y que permitió el análisis descriptivo univariado. Para la descripción del comportamiento de las variables incluidas en el estudio, se utilizaron tablas de distribución de frecuencias, que permiten estimar las frecuencias absolutas y relativas correspondientes.

El análisis bivariado se desarrolló a partir de las posibles relaciones entre las variables de estudio. Para determinar la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes se aplicaron pruebas paramétricas establecidas a partir de las características propias de las variables categóricas ordinales y nominales. En la correlación se utilizó el coeficiente de Spearman para las variables de comportamiento no normales y Pearson para las normales. Se consideró la significancia estadística cuando el p Valor fue  $\leq 0,05$ . Además se tuvo en cuenta lo establecido por Mukaka (47), donde se tuvo presente que un coeficiente de correlación de 0,2 se considera una correlación insignificante. Mientras que para las variables cualitativas se realizaron medidas de asociación con tablas de contingencia utilizando el estadístico Chi cuadrado.

El análisis multivariado buscó la construcción de un modelo de regresión logística ordinal el cual pretendió determinar o conocer cuál es la probabilidad de que ocurra el hecho en cuestión, como función de ciertas variables que se presumen relevantes o influyentes.

## **5.8 ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación cumple con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (48), no realizaron procedimientos que atentaran contra la integridad física y moral de las personas, se aplicó una encuesta donde se realizaron la caracterización de la discapacidad y se indagó por los determinantes sociales e intermedios de la salud. De acuerdo a la resolución 008430 artículo 11, el presente estudio se consideró como “investigación con riesgo mínimo” debido a que el estudio se basó en el análisis de características y esto no afecta el comportamiento de los participantes y no se incurrió en mediciones éticamente reprochables. La información recogida se usó solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

Para la realización de la investigación, se efectuó el diligenciamiento del consentimiento informado por parte de los participantes, o de su representante legal, mediante el cual se brindó toda la información acerca de los riesgos y los beneficios del estudio. Los participantes tuvieron plena autonomía para aceptar o rechazar la participación en el estudio, esto no perjudica ninguna de las actividades y no se recogerá ningún dato sin la firma del presente documento. El proyecto fue presentado ante el comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales y aprobado.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 ANALISIS UNIVARIADO

#### 6.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD ESTRUCTURALES:

El estudio se realizó en la ciudad de Barranquilla – Atlántico, con una participación de 216 personas, de las cuales en mayor porcentaje corresponde al sexo femenino, con una media de edad de 53,68 años, y desviación estándar de 19,2 años; predominando en un 38,4% el rango de edad menores de 45 años, seguidos por el grupo etario comprendido en edades entre los 45 y 65 años. Igualmente en mayor porcentaje los participantes de la muestra son de estado civil casado. El 21,8 % corresponde a personas con un nivel educativo de básica secundaria completa seguida de básica secundaria incompleta; el 100% se encuentra en el área urbana, el 57,8 son de estrato 1 y 2 y el 97,2% es de etnia mestiza. (Tabla 4)

*Tabla 4 Caracterización de los Determinantes Sociales de Salud Estructurales en los participantes.*

Variable	Índice	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>	Femenino	122	56,5
	Masculino	94	43,5
<b>Edad</b>	Menor de 45 años	83	38,4
	Entre 45 y 65 años	67	31
	Mayor de 66 años	66	30,6
<b>Estado Civil</b>	Nunca se ha casado	60	27,8
	Actualmente está casado	77	35,6
	Separado	23	10,6
	Divorciado	8	3,7
	Viudo	24	11,11
	Viviendo en Pareja	24	11,11
<b>Estrato Social</b>	1	53	24,5
	2	72	33,3
	3	50	23,1
	4	21	9,7
	5	16	7,4
	6	4	1,9
<b>Área</b>	Urbana	216	100

	Rural	0	0
<b>Nivel Educativo</b>	Ninguno	8	3,7
	Preescolar incompleto	1	0,5
	Básica primaria incompleto	23	10,6
	Básica primaria Completo	20	9,3
	Básica secundario incompleto	35	16,2
	Básica secundaria completo	47	21,8
	Técnico o Tecnológico incompleto	11	5,1
	Técnico o Tecnológico completo	31	14,4
	Universitario sin título	10	4,6
	Universitario con título	21	9,7
	Post grado incompleto	1	0,5
	Post grado completo	8	3,7
	<b>Etnia</b>	Negro	4
Palenquero		2	0,9
Mestizo		210	97,2

Fuente: Elaboración propia de los investigadores

### 6.1.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS

La población del estudio se encuentra vinculada en su totalidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 68,1% pertenecen al régimen contributivo y el 30,6 al subsidiado.

Referente a las condiciones laborales, se determinó que el 45,6% del total de la población, se encuentra laborando, el 78,2% lo realiza sin contrato, con un tiempo de trabajo entre 13 y 60 meses (19,4%) y una intensidad horaria de más de 160 horas. Cabe resaltar que el 19,4% de la población recibe menos de 1 SMLV, seguido de más de 2 SMLV (15,7%). Con respecto a la seguridad en el trabajo, el 28,2% de los participantes la considera buena, el 23,6% refiere estar expuesto a niveles de ruido bajo, y el 8,3% a temperaturas.

En relación a su desplazamiento al trabajo, el mayor porcentaje lo realiza a través del transporte público y el 42,6% y el 9,7% en vehículo particular.

Con respecto a la actividad que realizaba antes de la discapacidad, el 42,6% de la población se encontraba laborando y el 16,2 % en oficios del hogar.

En lo referente a las condiciones de vivienda y convivencia, los datos indican que el 77,8% vive en casa propia, el rango de personas con quien comparte la casa es de 4 a 6 personas y el 84,7% la comparte con familiares.

En cuanto a las condiciones de rehabilitación y el uso de ayudas técnicas (ortesis y prótesis) el 58,3% utiliza prótesis y ortesis. La ortesis que predominó fue el bastón, seguido de la silla de ruedas.

De la población encuestada el 35,2% estaba recibiendo servicios de rehabilitación, el 75% atribuye su recuperación a Dios. El 30,1% de la población tienen atención de fisioterapia.

De quienes acceden a servicios de rehabilitación el 29,6% se lo paga el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con respecto a la población que no accede a servicios de rehabilitación, el 39,4% reporta haber finalizado tratamiento, y el 42,1% lleva sin rehabilitación entre 11 a 60 años (tabla 5).

**Tabla 5 Caracterización de los Determinantes Sociales de Salud Intermedios en los participantes.**

Variable	Índice	Frecuencia	Porcentaje
Afiliaión al SGSSS	Si	216	100
	No	0	0
Tipo de afiliación	Contributivo	147	68,1
	Subsidiado	66	30,6
	No sabe	3	1,4
Ingreso mensual promedio	Sin ingreso	111	54,4
	Menos de 1 SMLV	42	19,4
	Hasta 2 SMLV	29	13,4
	Más de 2 SMLV	34	15,7
Pensión por discapacidad	No	198	91,7
	Si	18	8,3
Horas de trabajo	Menos de 80 horas mes	134	62,0
	Entre 81 y 160 horas mes	22	10,2
	Más de 160 horas mes	60	27,8
Tiempo de trabajando	Entre 1 y 12 meses	18	8,3
	Entre 13 y 60 meses	42	19,4
	Entre 61 y 120 meses	9	4,2
	Más de 120 meses	15	6,9
Tipo de contrato	A término fijo	24	11,1
	A término indefinido	20	9,3
	Sin contrato	169	78,2
	Otro	3	1,4
Seguridad en el trabajo	Buena	61	28,2

	Regular	22	10,2
	Mala	0	0
	No Aplica	133	61,6
<b>Niveles de ruido</b>	Alto	9	4,2
	Muy alto	3	1,4
	Medio	20	9,3
	Bajo	51	23,6
	No aplica	133	61,6
<b>Exposición a temperaturas</b>	No	198	91,7
	Si	18	8,3
<b>En que se desplazaba para ir al trabajo</b>	Caminando	16	7,4
	Vehículo particular	21	9,7
	Transporte Público	42	19,4
	Otro (silla de Ruedas)	1	0,5
	No aplica (no se desplazan, no trabajan)	136	63,0
<b>Qué actividad realizaba antes de la discapacidad</b>	Sin actividad	46	21,3
	Trabajando	92	42,6
	Buscando trabajo	4	1,9
	Estudiante	18	8,3
	Oficios del hogar	35	16,2
	Jubilado o pensionado	21	9,7
<b>Tipo de vivienda</b>	Casa	168	77,8
	Apartamento	45	20,8
	Cuarto	3	1,4
<b>Condiciones de la vivienda</b>	Arrendado	56	25,9
	Pagando propia	35	16,2
	Propia Pagada	125	57,9
<b>Número de personas con quien comparte la vivienda</b>	Menos de 3	94	43,5
	Entre 4 y 6	112	51,9
	Más de 6 personas	10	4,6
<b>Con quien vive actualmente</b>	Solo	6	2,8
	Pareja	100	46,3
	Papa	24	11,1
	Mama	42	19,4
	Familiares	183	84,7
	Amigos	3	1,4
	Otros	10	4,6
<b>Utiliza ortesis y/o prótesis</b>	No	90	42,1
	Si	126	58,3
<b>Cual tipo de ortesis y/o prótesis</b>	Audífono	5	2,3
	Bastón	41	19,0
	Bastón guía	1	0,5
	Caminador	15	6,9
	Lentes	1	0,5
	Muletas	13	6,0
	Ortesis	6	2,8
	Prótesis	8	3,8
	Silla de Ruedas	36	16,7
<b>Recibe servicios de rehabilitación</b>	No	140	64,8
	SI	76	35,2
<b>A qué factores atribuye su recuperación</b>	Servicios de salud y servicios recibidos	130	60,2
	Apoyo familiar	87	40,3
	Empeño por Salir adelante	58	26,9

	A Dios	162	75	
	Medicina Alternativa	4	1,9	
	Medicina física y Rh	18	8,3	
<b>Tipo de rehabilitación</b>	Psiquiatría	5	2,3	
	Fisioterapia	65	30,1	
	Fonoaudiología	6	2,8	
	Terapia Ocupacional	15	6,9	
	Optometría	7	3,2	
	Psicología	13	6	
	Trabajo Social	2	0,9	
	Medicamento Permanente	30	13,9	
	Otro tipo de rehabilitación	7	3,2	
	<b>Quien paga la rehabilitación</b>	SGSS	64	29,6
		Familia	6	2,8
		Personalmente	5	2,3
ONG		0	0	
Empleado		1	0,5	
Otros		3	1,38	
<b>Razón no rehabilitación</b>	Ya terminó la Rehabilitación	85	39,4	
	Cree que no la necesita	12	5,6	
	No le gusta	14	6,5	
	Falta de dinero	11	5,1	
	Lejanía del centro de atención	0	0	
	No hay quien lo lleve	7	3,2	
	No sabe	9	4,2	
	Sin dato	78	36,1	
<b>Años sin rehabilitación</b>	En Rh	84	38,9	
	Entre 1 y 10 años	8	3,7	
	Entre 11 y 60 años	91	42,1	
	Más de 60 años sin Rh	33	15,3	

Fuente: Elaboración propia de los investigadores

### 6.1.3 ANALISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD

Para medir grado de discapacidad se utilizó el WHO-DAS 2.0 (World Health Organization – Disability Assessment Schedule II) de 36 ítems o preguntas (versión extensa del instrumento), para determinar la cantidad de dificultad encontrada en las actividades que una persona hace en su vida cotidiana, independientemente del diagnóstico médico. Los dominios o áreas incluidas en el instrumento son: Comprensión y comunicación (Do1), capacidad para moverse en el entorno (Do2), cuidado personal (Do3), relacionarse con otras personas (Do4), actividades de la vida diaria (Do5), participación en sociedad (Do6). La escala de evaluación para cada dominio y global determina grados de dificultad o discapacidad según el caso y va desde ninguna dificultad o sin discapacidad, discapacidad leve, moderada, severa y extrema o completa.



La escala del grado de discapacidad (valor e indicador) es equivalente a la propuesta por la OMS para la clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF, con el fin de calificar los distintos componentes de la discapacidad (22).

El WHO DAS 2.0 contempla el protocolo para la obtención de las puntuaciones globales, es un sumatorio de los ítems ponderados según la sintaxis de codificación propuesta por la OMS (44) así como de su conversión a escala de 0-100, mediante el mismo sistema matemático.

La media de discapacidad final (escala de 0 a 100 puntos) encontrada fue de  $30,7 \pm 16,04$  puntos. En cuanto a la puntuación final y los dominios evaluados por el WHO DAS 2,0 actividades de la vida diaria (Do 5.1) presentó una media de  $50,2 \pm 32,3$  puntos, el dominio de menor puntuación fue comprensión y comunicación (Do1) con una media  $12,6 \pm 17,1$  puntos (tabla 6.).

**Tabla 6 Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por dominios del WHO DAS 2.0**

<b>Dominios</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Típ.</b>
Comprensión y comunicación <b>(Do1)</b>	,00	100,00	12,6852	17,17795
Capacidad de moverse en su entorno <b>(Do2)</b>	,00	100,00	44,5891	28,05824
Cuidado personal <b>(Do3)</b>	,00	100,00	24,7222	24,28353
Relacionarse con otras personas <b>(Do4)</b>	,00	91,67	13,6574	17,23670
Actividades de la vida diaria <b>(Do 5.1)</b>	,00	100,00	50,3241	32,38413
Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado <b>(Do 5.2)</b>	,00	71,43	19,9037	16,76781
Participación en sociedad <b>(Do6)</b>	,00	95,83	39,3711	17,13358
Discapacidad final WHODA 2.0 <b>(st_s32)</b>	1,09	96,74	30,7216	16,04358

Fuente: Elaboración propia de los investigadores

Con relación a la media de cada uno de los ítems del instrumento (36 preguntas) se encontró que las tres actividades que en promedio obtuvieron puntajes altos fueron: (mayor

dificultad experimentada para la realización de una actividad), caminar largas distancias, como un Km.  $3,25 \pm 1,32$  puntos, seguido de dificultad para acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario  $2,93 \pm 1,32$  puntos, finalizando con la actividad de estar de pie durante largos periodos de tiempo  $2,83 \pm 1,2$  puntos. (Tabla 7)

**Tabla 7 Estadísticos descriptivos de las preguntas del WHO DAS 2.0**

Pregunta	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Concentrarse en hacer algo durante diez minutos	4	1	5	1,50	0,778
Recordar las cosas importantes que tiene que hacer	4	1	5	1,52	0,771
Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	4	1	5	1,50	0,824
Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo	4	1	5	1,56	0,898
Entender en general lo que dice la gente	4	1	5	1,29	0,627
Iniciar o mantener una conversación	4	1	5	1,31	0,791
Estar de pie durante largos periodos de tiempo	4	1	5	<b>2,83</b>	1,290
Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)	4	1	5	2,55	1,268
Moverse dentro de su casa	4	1	5	2,06	1,063
Salir de su casa	4	1	5	2,36	1,216
Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]	4	1	5	<b>3,25</b>	1,327
Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)	4	1	5	1,86	1,044
Dificultad para: Vestirse	4	1	5	1,84	1,046
Dificultad para: Comer	4	1	5	1,33	0,823
Estar solo(a) durante unos días	4	1	5	2,38	1,448
Relacionarse con personas que no conoce	3	1	4	1,27	0,636
Dificultad para: Mantener una amistad	3	1	4	1,13	0,478
Dificultad para llevarse bien con persona cercanas a Ud.	3	1	4	1,16	0,551
Dificultad ha tenido para hacer nuevos amigos	4	1	5	1,32	0,693
Dificultad para tener relaciones sexuales	4	1	5	2,47	1,512
Dificultad para acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	4	1	5	<b>2,93</b>	1,322
Dificultad para cumplir con sus quehaceres de la casa	4	1	5	2,69	1,367

Dificultad para realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes	4	1	5	2,70	1,356
Dificultad para acabar todo quehacer	4	1	5	2,73	1,382
Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares	2	1	3	1,61	0,668
Dificultad para realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela	3	1	4	1,74	0,716
Dificultad ha tenido para Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	3	1	4	1,65	0,693
Dificultad ha tenido para Acabar su trabajo tan rápido como era necesario	3	1	4	1,89	0,745
Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su condición de salud	1	0	1	0,15	0,355
Ha ganado menos dinero debido a su condición de salud	1	0	1	0,09	0,288
Dificultad para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	4	1	5	2,45	1,103
Dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)	4	1	5	2,68	1,023
Dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas	4	1	5	1,74	0,867
Cuánto tiempo ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma	4	1	5	2,69	0,932
Cuánto le ha afectado emocionalmente su “condición de salud”	4	1	5	2,62	0,986
Impacto económico que ha tenido para usted o para su familia su “condición de salud”	3	1	4	2,34	0,895
Dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar	4	1	5	2,43	1,067

Fuente: Elaboración propia de los investigadores

En cuanto a la discapacidad final recodificada a partir de los 6 dominios reveló que el mayor porcentaje del grado de discapacidad se encuentra ubicado entre el moderado y leve. (Tabla 8).

**Tabla 8 Estadísticos descriptivos del Grado de Discapacidad Final WHO DAS 2.0**

Grado de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	0,5
Leve	89	<b>41,2</b>
Moderada	101	<b>46,8</b>
Severa	24	11,1
Extrema	1	0,5
<b>Total</b>	216	100

Fuente: Elaboración propia de los investigadores

De acuerdo con el grado de discapacidad por dominios del WHO DAS 2.0 el mayor porcentaje se encontró en el grado extremo en el dominio Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado, y en el grado moderado en los dominios de participación en la sociedad seguido del dominio Relacionarse con otras personas (tabla 9).

**Tabla 9 Estadísticos descriptivos del Grado de discapacidad por dominios del WHO DAS 2.0**

<b>Dominio</b>	<b>Grado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Comprensión y comunicación (Do1)</b>	Ninguna	102	47,2
	Leve	75	34,7
	Moderada	31	14,4
	Severa	7	3,2
	Extrema	1	0,5
	Total	216	100
<b>Capacidad de moverse en su entorno( Do2)</b>	Ninguna	22	10,2
	Leve	42	19,4
	Moderada	72	33,3
	Severa	75	34,7
	Extrema	5	2,3
	Total	216	100
<b>Cuidado personal (Do3)</b>	Ninguna	62	28,7
	Leve	55	25,5
	Moderada	76	35,2
	Severa	18	8,3
	Extrema	5	2,3
	Total	216	100
<b>Relaciones con otras personas (Do4)</b>	Ninguna	76	35,2
	Leve	108	50,0
	Moderada	25	11,6
	Severa	7	3,2
	Extrema	0	0
	Total	216	100
<b>Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado (Do51)</b>	Ninguna	27	12,5
	Leve	18	8,3
	Moderada	100	46,3
	Severa	34	15,7
	Extrema	37	17,1
	Total	216	100
<b>Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado ( Do52)</b>	Ninguna	26	12

	Leve	18	8,3
	Moderada	44	20,4
	Severa	1	0,5
	Extrema	127	<b>58,8</b>
	Total	216	100
<b>Participación en sociedad (Do6)</b>	Ninguna	1	0,5
	Leve	55	25,5
	Moderada	116	<b>53,7</b>
	Extrema	43	18,9
	Severa	1	0,5
	Total	216	100

Fuente: Elaboración propia de los investigadores

## 6.2 ANALISIS BIVARIADO

Se realizó la prueba (Kolmogorov-Smirnov) para determinar la normalidad de variables cuantitativas de los DSS, discapacidad por dominios y final evaluada con el WHO DAS 2.0. (Tabla 10). La prueba de normalidad arrojó distribución normal ( $p > 0,05$ ) en la variable edad, y en los dominios de la movilidad, participación en la sociedad y discapacidad final, el resto tuvieron distribución no normal ( $p < 0,05$ ).

*Tabla 10 Prueba de normalidad para variables cuantitativas de los DSS y Discapacidad por dominios y final.*

Variabes	Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintótica (bilateral)
Edad	1,04	<b>0,22</b>
Ingreso mensual	4,58	0,00
Horas de trabajo	5,69	0,00
Tiempo de trabajo	5,26	0,00
Personas comparte la vivienda	1,98	0,00
Años sin rehabilitación	4,31	0,00
Dominios	Kolmogorov-Smirnov	Sig. Asintótica (bilateral)
Comprensión y comunicación (Do1)	3,558	0,000
Capacidad de moverse en su entorno( Do2)	1,053	<b>0,218</b>
Cuidado personal (Do3)	2,268	0,000

Relaciones con otras personas (Do4)	3,416	0,000
Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado (Do51)	2,576	0,000
Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado (Do52)	1,915	0,001
Participación en sociedad (Do6)	,938	<b>0,343</b>
Discapacidad final WHODA 2.0 (st_s32)	1,082	<b>0,192</b>

Fuente: Elaboración propia de los investigadores

## 6.2.1 CORRELACIÓN ENTRE DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS, DOMINIOS Y DISCAPACIDAD FINAL

*Tabla 11 Correlación entre los DSS estructurales e intermedios acorde con el nivel de medición de discapacidad por dominios y final (WHO DAS 2.0)*

Variables	Estadístico	Do1	Do2	Do3	Do4	Do51	Do52	Do6	St-s32
Edad	Spearman	0,21		0,08	0,20	0,27	0,06		
	P valor	0,00*		0,36	0,01*	0,00*	0,88		
	Pearson		<b>0,32</b>					0,18	<b>0,32</b>
	P valor		0,00*					0,00*	0,00*
Ingreso mensual	Spearman	0,80		-0,08	<b>-0,31</b>	<b>-0,30</b>	-0,10		
	P valor	0,24		0,00*	0,00*	0,00*	0,33		
	Pearson		-0,09					-0,19	-0,20
	P valor		0,18					0,00*	0,00*
Horas de trabajo	Spearman	-0,91		-0,20	-0,24	<b>-0,33</b>	-0,38		
	P valor	0,00*		0,00*	0,00*	0,00*	0,52		
	Pearson		-0,26					<b>-0,31</b>	<b>-0,37</b>
	P valor		0,00*					0,00*	0,00*
Tiempo de trabajo	Spearman	-0,23		-0,19	<b>-0,30</b>	<b>-0,36</b>	-0,41		
	P valor	0,00*		0,00*	0,00*	0,00*	0,00*		
	Pearson		-0,15					<b>-0,38</b>	-0,21
	P valor		0,25					0,00*	0,00*
Número de personas con quien comparte la vivienda	Spearman	-0,04		-0,09	0,07	0,00	0,01		
	P valor	0,51		0,18	0,25	0,99	0,82		
	Pearson		-0,08					0,00	-0,03
	P valor		0,22					0,96	0,62
Años sin rehabilitación	Spearman	-0,11		-0,18	-0,16	<b>-0,31</b>	-0,29		
	P valor	0,09		0,00*	0,01*	0,00*	0,00*		
	Pearson		-0,18					-0,17	-0,16
	P valor		0,00*					0,01*	0,01*

Fuente: Elaboración propia por los investigadores

P valor: significancia estadística bilateral

\*Correlación significativa al nivel 0,05 (Bilateral)

En la tabla anterior se evidencia que existe correlación estadística significativa baja y positiva entre la edad el dominio 2 y la sumatoria st32; el ingreso mensual y los dominios 4 y 5; horas de trabajo y los dominios 5-1, 6 y la sumatoria st32; tiempo de trabajo y los dominios 4, 5 y 6; años sin rehabilitación con el dominio 5-1, acorde a lo planteado por Mukaka (47).

## 6.2.2 ASOCIACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS Y GRADO DE DISCAPACIDAD

*Tabla 12 Resumen de las asociaciones entre los Determinantes Sociales de la Salud Estructurales con el grado de discapacidad*

Determinantes Sociales de la Salud Estructurales	Chi-cuadrado	P valor
Sexo	44,5	0,34
Edad	24,5	<b>0,00*</b>
Estado Civil	29,8	0,07
Estrato social	29,4	0,08
Nivel educativo	81,7	<b>0,00*</b>
Etnia	3,47	0,90

Fuente: Elaboración propia por los investigadores

P valor: significancia estadística bilateral

\*Asociación significativa al nivel 0,05 (Bilateral)

En la tabla anterior se evidencia asociación estadísticamente significativa entre los determinantes sociales de la salud estructurales, edad y nivel educativo con grado de discapacidad (tabla 12). Cabe resaltar que en los anexos se presentan cada una de las tablas de contingencia demostrando las relaciones

**Tabla 13 Resumen de las asociaciones entre los Determinantes Sociales de la Salud intermedios con el grado de discapacidad.**

<b>Determinantes Sociales de la Salud Intermedios</b>	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>P valor</b>
Tipo de Afiliación	4,97	0,76
Ingreso	20,4	0,00*
Recibe pensión por Discapacidad	2,68	0,61
Horas de trabajo	28,2	0,00*
Tiempo de trabajo	40,7	0,00*
Tipo de contrato	27,9	0,00*
Condiciones seguridad en el trabajo	34,3	0,00*
Nivel del ruido	34,4	0,00*
Exposición a temperaturas extremas	14,5	0,00*
En que se desplaza para ir al trabajo	41,4	0,00*
Actividad que realizaba antes de la Discapacidad	41,1	0,00*
Utiliza ortesis y/o Prótesis	10,7	0,03*
En este momento Ud. habita en	6,44	0,59
El inmueble que está habitando es	4,65	0,79
Con quien vive actualmente: solo	2,09	0,71
Con quien vive actualmente: pareja	5,50	0,23
Con quien vive actualmente: papá	1,15	0,88
Con quien vive actualmente: mamá	0,83	0,93
Con quien vive actualmente: familiares	15,0	0,05
Con quien vive actualmente: amigos	0,57	0,96
Recibe rehabilitación	12,9	0,01*
Factor a que atribuye su recuperación: Servicios de salud y servicios recibidos	11,2	0,02*
Factor a que atribuye su recuperación: Apoyo familiar	3,52	0,47
Factor a que atribuye su recuperación: empeño a salir adelante	4,31	0,36
Factor a que atribuye su recuperación: a Dios	6,92	0,14
Factor a que atribuye su recuperación: medicina alternativa	0,57	0,96
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicina física y Rh	1,90	0,57
Tipo de rehabilitación ordenada: Psiquiatría	6,19	0,18
Tipo de rehabilitación ordenada: Fisioterapia	10,0	0,39
Tipo de rehabilitación ordenada: Fonoaudiología	1,65	0,79
Tipo de rehabilitación ordenada: Terapia ocupacional	14,5	0,00*
Tipo de rehabilitación ordenada: Optometría	2,56	0,63
Tipo de rehabilitación ordenada: Psicología	9,35	0,05
Tipo de rehabilitación ordenada: Trabajo social	2,29	0,68
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicamentos permanentes	14,5	0,00*

Fuente: Elaboración propia por los investigadores

P valor: significancia estadística bilateral

\*Relación significativa al nivel 0,05 (Bilateral)

En la tabla 13 se evidencia la asociación estadísticamente significativa entre ingreso, horas de trabajo, tiempo de trabajo, tipo de contrato de trabajo, condiciones de seguridad en el trabajo, niveles de ruido en el lugar de trabajo, exposición a temperaturas extremas (lluvia, calor), en que se desplaza hasta su sitio de trabajo, qué actividad realizaba antes de la discapacidad, utiliza ortesis y/o prótesis, recibe servicios de rehabilitación, a qué factores



atribuye su recuperación (servicios de salud y servicios recibidos), tipo de rehabilitación ordenada (terapia ocupacional), y medicamentos permanente con el grado de discapacidad.

### 6.3 ANALISIS MULTIVARIADO

#### REGRESIÓN LOGÍSTICA ORDINAL (RLO), CONSIDERACIONES TEÓRICAS.

El objetivo de la RLO es relacionar de forma lineal a las variables explicativas con la razón de probabilidad entre la probabilidad acumulada hasta la categoría  $i$  de la variable ordinal, y la probabilidad que la variable tome un valor mayor que la categoría  $i$  (49; 50)

Se aplicó la regresión logística ordinal para obtener un modelo que permitiera pronosticar los resultados en el grado de discapacidad, pues sus posibles valores como variable ordinal son: “ninguna”, “leve”, “moderada”, “severa” y “extrema”. Como variables independientes se utilizaron diferentes variables que tengan relación con la variable dependiente.

Al aplicar la RLO los resultados fueron los siguientes

**Tabla 14 Resultados del modelo logístico ordinal**

Información de ajuste del modelo				
Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo interceptación	382,465			
Final	344,980	37,485	3	,000
Función de enlace: Logit.				

		Estimación	Error estándar	Wald	gl	Sig.
Umbral	[y = 1,00]	,278	,447	,386	1	,534
	[y = 2,00]	3,023	,506	35,672	1	,000
Ubicación	x2	,030	,007	16,584	1	,000
	x4	-3,401E-7	1,053E-7	10,423	1	,001
	[x14=0]	-1,009	,293	11,848	1	,001
	[x14=1]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.

Fuente: Elaboración propia por los investigadores

X2: Edad en años

X4: Ingreso mensual promedio

X14: Recibe Servicios de Rehabilitación

Analizando el valor tan pequeño del valor P de la prueba de la significancia global (Logaritmo de la verosimilitud -2), se rechaza la hipótesis de que los coeficientes de todas las variables explicativas son cero, concluyendo que al menos una de las variable regresoras tiene efecto sobre el grado de discapacidad, y, por lo tanto, que la probabilidad de ocurrencia de los valores que representan esta calificación varía para alguna de las combinaciones de valores de las variables independientes.

El valor Z del estadístico de Wald asociado a cada variable independiente y su correspondiente valor p muestran que si hay relación significativa entre estas variables y el grado de discapacidad.

El signo positivo del coeficiente de la variable edad indica que a mayor edad mayor probabilidad de tener mayor grado de discapacidad, el signo negativo del coeficiente de la variable ingreso indica que a mayor ingreso menor la probabilidad de tener alto grado de discapacidad. Con respecto a la variable recibe servicio de rehabilitación el no tener este servicio aumenta la probabilidad de mayor grado de discapacidad.

Dada la bondad del modelo se puede decir que una persona de 40 años, sin ingresos y sin tener el servicio de rehabilitación, tiene una probabilidad del 59% del tener una discapacidad clasificada como leve en tanto que una persona también de 40 años, sin ingresos y sin servicio de rehabilitación la probabilidad de discapacidad es modelara (según el modelo propuesto).

## 7 DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo establecer los Determinantes Sociales de la Salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años de la Ciudad de Barranquilla; contó con una muestra de 216 personas adultas, la mayoría de ellos de sexo femenino, encontrándose un alto porcentaje en edades menores de 45 años, de estado civil casado, con grado de discapacidad moderado y leve.

Al analizar los determinantes sociales de la salud estructurales, el estudio encontró que el sexo femenino fue el más afectado con discapacidad con un 56,9%, lo que concuerda con el Informe Mundial de Salud realizados por la Organización Mundial de la Salud 2011 (12), que registra a las mujeres con el nivel más alto de prevalencia en discapacidad. Lo mismo se evidencia en el informe sobre las personas con discapacidad en America Latina de la CEPAL (2011), en donde los datos recogidos en los censos realizados en algunos países latinoamericanos, durante los años 2000 en adelante, demostraron que hay mayor prevalencia de discapacidad en mujeres que en hombres (51).

En Colombia el Ministerio de Salud y de la Protección Social reportó que a corte de diciembre de 2013 más mujeres que hombres se han inscrito en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (52). Este hallazgo se puede deber a que el sexo femenino presenta mayor sobrevivencia, lo que conlleva a que se registre algún tipo de discapacidad a medida que aumenta la edad (51).

Con respecto a la edad, este proceso investigativo permitió establecer que la población más comprometida con discapacidad es menor de 45 años, estos hallazgos difieren con la Encuesta de Discapacidad Autonomía personal y situaciones de Dependencia EDAD (2008)(53), realizada en España, donde la población comprometida es mayor de 45 años; al igual que el informe de la CEPAL (2011), que reportó que el porcentaje de discapacidad aumenta significativamente en el grupo de edades de mayores de 65 años (51).

A nivel local, estudios realizados por Vélez C y Vidarte J. (2014) en Barranquilla en el año 2014 (41) y Barreiro S, Molina Y. et al. (2016) en Soledad (55) concuerdan con este

estudio, ambos reportaron un alto porcentaje de discapacidad en rangos de edad en el grupo de 30 a 34 años y 20 a 29 años respectivamente.

El grupo étnico más afectado con discapacidad en este estudio es el mestizo, estos hallazgos no difieren con los datos encontrados por Daza T y Mosquera R (2012) en Barranquilla (42). Lo anterior puede deberse a que en esta ciudad, sólo el 13,2% de la población se autorreconoce como raizal, negro, palenquero, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, el 0,1% como indígena y el 0,2 % como 'rom' y el resto de la población es caucásica y mestiza (52).

Al analizar el Determinantes sociales de la salud estructurales, el estrato social, en la población investigada evidenció una mayor proporción en los estratos 1 y 2 con 24,5% y 33,3% respectivamente; estos hallazgos concuerdan con los encontrados por Gil L, López A, et al. (2016) y el realizado por Daza T y Mosquera R (2012), en donde el mayor porcentaje de población de ambos estudios se ubica en estratos bajo, medio bajo y bajo, bajo y estrato 1 respectivamente (54, 42).

El estudio realizado en Chile por Fuentes A, Sanchez H, et al (2012) considera que los determinantes sociales en salud desempeñan un papel importante en el proceso de discapacidad, dentro de éstos, el nivel socioeconómico ejerce una influencia directa en el proceso de pérdida funcional, se demostró que a más bajo nivel, mayor probabilidad de limitarse funcionalmente y menor posibilidad de recuperarse (56).

Hay evidencia internacional que demuestra el efecto negativo que causa en la salud el estar expuesta a contextos de privación, presentándose un mayor riesgo de padecer limitaciones funcionales y discapacidad entre más bajo sea el estrato socioeconómico (57). Lo anterior permite inferir que hay un hilo existente que entrelaza equidad, pobreza, salud y Derechos Humanos, que se mantendrá en pie mientras no haya mayor justicia social en lo referente a la discapacidad, lo que mantiene en desventaja a la población con discapacidad ubicada en estrato socioeconómico bajo.

En el presente estudio se obtuvo con relación al nivel educativo, que el 58,4% de los participantes tienen algún tipo de educación básica. Estos hallazgos son similares a otros

encontrados a nivel nacional, en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, DANE 2010, en donde el 55,3% de la población con discapacidad tiene algún tipo de educación básica (58). Y el realizado por Castelblanco N, Cerquera G, et al. (2013) quienes encontraron que el 49,2% de la población del estudio ha cursado básica primaria (59).

Lo anterior guarda relación con el informe realizado por Samaniego (2008) acerca del análisis de situación del acceso a la educación de las personas con discapacidad en América Latina, se ha visto que tradicionalmente, los sistemas escolares agrupan a sus estudiantes según las características de los alumnos buscando que éste sea homogéneo; a causa de esto y bajo la premisa de dar una ayuda especial según las necesidades individuales de alumno, la población con discapacidad ha sido segregada. En la actualidad este paradigma ha venido cambiando, se ha aceptado las políticas de inclusión educativa pero con más sombras que luces (60).

En cuanto al estado civil, el estudio halló que el 35,6% se encuentra casado y el 27,8% nunca se ha casado. Este hallazgo no coincide con el encontrado por Gil et al. (2016) En donde el 59,8% de la población con discapacidad es soltera (54).

En relación a los hallazgos encontrados en la ciudad de Barranquilla referentes al estado civil, una investigación a nivel nacional realizada por Rincón DM, Restrepo DG (2010), considera que para sobrellevar una enfermedad crónica, el apoyo familiar es indispensable, en situaciones de crisis, la pareja actúa como agente de control y es una fuente de asistencia especial, mediadora en el proceso de rehabilitación. Se ha considerado que los hombres, a pesar de estar en mayor riesgo biológico, valoran más que las mujeres la relación marital. La relación entre las parejas, adquiere un significado especial para ambos, que de acuerdo a los afectos y emociones manifestadas, promueven los procesos de curación (61).

Esta investigación pudo establecer con respecto a los determinantes intermedios como el tipo de vivienda, condiciones de vivienda y convivencia que el 77,8% de la población del estudio reportó vivir en casa, el 57,9% en vivienda propia pagada, el 51,9% comparten vivienda con más de 4 personas y el 84,7% vive con familiares. Al respecto Hernández, afirma que todas las personas sin distinción de raza o creencia tienen derecho a vivir con

dignidad y calidad y por ser seres sociales, necesitamos de los demás para sobrevivir, crecer, desarrollarse y alcanzar una adecuada autoestima e independencia (62).

En este sentido el comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, considera que el tener una vivienda, debe ser un derecho a vivir en seguridad, paz y dignidad. Define que una vivienda debe ser adecuada y cumplir con disponibilidad de servicios de agua potable, infraestructura e instalaciones sanitarias adecuadas, energía, alumbrado, garantizar seguridad física a los que la habitan, accesibilidad para los grupos vulnerables y por último la ubicación debe garantizar acceso a oportunidades de empleo, servicios de salud, escuelas, entre otros. Como conclusión se puede afirmar que cuando se vulnera el derecho a una vivienda adecuada, se da paso para que afecte otros derechos humanos (63).

El derecho a los servicios de salud es un bien que todo ciudadano debe tener, independiente de su condición socioeconómica; en algunos países desarrollados, este bien es distribuido de acuerdo con la necesidad y no de acuerdo a la capacidad de pago del individuo, buscando la igualdad en la provisión de este derecho. En países como Canadá, la medicina privada sólo sirve para acceder a ciertos servicios que no se consideran esenciales o son sencillos y no están cubiertos por los planes financiados con recursos públicos, de esta forma se logra una equidad en la prestación de los servicios de salud, evitando así lo que sucede en algunos países, que mantienen doble sistema de salud, uno público y otro privado y la balanza termina inclinándose hacia el privado atrayendo al mejor recurso humano y material del sistema de salud (64).

En cuanto el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, esta investigación pudo determinar que el 100% de la población en estudio está afiliada a algún tipo de seguridad social; el 68,1% pertenecen al régimen contributivo, el 30,6% al subsidiado y el 1,4% no sabe a cuál régimen pertenece, estos hallazgos son similares a los encontrados en el estudio ya mencionado anteriormente de Daza T y Mosquera R (2012), en donde las personas encuestadas se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social, sin embargo se encontró que el mayor porcentaje está afiliada al régimen subsidiado y un menor porcentaje al contributivo (42).

La rehabilitación es concebida como la forma de prevención y control de los diferentes daños. Enfocada a evitar alteraciones en la calidad de vida de los individuos que se encuentran en riesgo. A través de ella, se espera recuperar las actividades perdidas o aquellas que nunca antes se han practicado y de esta manera, recobrar ciertas aptitudes físicas (65).

En relación con la rehabilitación, esta investigación pudo establecer que el 29,6% la paga el SGSSS, estos hallazgos concuerdan con los encontrados en el estudio anteriormente mencionado de Castelblanco N, Cerquera G, et al. (2013) en donde un porcentaje similar reporta que el SGSSS costea los servicios de rehabilitación de la población en estudio (59).

Se encontró que el 64,8% de la población participante no recibe servicios de rehabilitación y el 35,2% si recibe. La rehabilitación más ordenada, fue fisioterapia con el 30,1%, el 39,4% de la población había culminado la rehabilitación, el 36,1% no reportan datos, el 5,1% no finalizo rehabilitación por falta de dinero y el 4,2% no sabe por qué no finalizo tratamiento. Estos datos difieren de los encontrado por Castelblanco et al. (59) que reportan en su estudio que sólo el 17,1% terminó rehabilitación y el 40,5% no culmino. Pudo conocerse que el 75% de las personas manifiesta que su recuperación la atribuyen a Dios. Comparando este estudio con lo encontrado por Vélez et al. (41) encontramos diferencias con relación a la asistencia a rehabilitación, el 67,4% de la población de su estudio, respondió que si recibía servicios de rehabilitación y el 32,6% que no. Daza T y Mosquera R (2012) en el estudio sobre Determinantes sociales de la salud y discapacidad en la ciudad de Barranquilla encontró que el tipo de rehabilitación más ordenada fue rehabilitación por fisioterapia (42), al igual que esta investigación.

Con respecto a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud, indica que las personas con discapacidad son las que tienen peores resultados sanitarios, en parte se debe al pobre acceso a los servicios; dificultades que se hacen más evidente en los grupos menos favorecidos (66).

Para la Organización Panamericana de la Salud, la atención de las personas con discapacidad es uno de los retos más importantes del sector salud, asegura que esta atención debe tener como propósito la prevención, rehabilitación de la discapacidad, mejora en la

calidad de vida y la promoción de la vida independiente. Según esta organización, en países como Chile, las personas con mayor posición socioeconómica han recibido rehabilitación por su discapacidad, en contraste con las de menor condición y concluye que en general, en la región de las Américas, los sistemas de salud se caracterizan por ser inequitativos en lo que respecta a la atención en salud de las personas con discapacidad. Con relación a la rehabilitación, la OPS definió lineamientos estratégicos para la cooperación técnica con los países de la Región en el campo de la rehabilitación y de esta manera poder mejorar a través de estrategias integrales la atención de las personas con discapacidad (67).

Por otro lado, con respecto a los determinantes intermedios, particularmente uso de ortesis y prótesis, en Barranquilla, el 58,3% de la población hace uso de ellas, siendo el bastón el más utilizado con el 19%, seguido de la silla de ruedas con 16% y el caminador con el 6,9%. Estos hallazgos son similares a los realizados por Gil L, López, A Ávila C. et al (54), los cuales reportan que más de la mitad de la población de su estudio usa ayudas externas, principalmente el bastón.

Relacionando lo anterior con el informe de ayudas técnicas de la Fundación Saldarriaga Concha (68) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, más del 7% de los colombianos vive en situación de discapacidad y, en la mayoría de los casos requieren el uso de ayudas técnicas, porque brinda la oportunidad de participar de manera autónoma en los diferentes escenarios de la vida diaria. Sin embargo, el Plan Obligatorio de Salud excluye algunos productos como prótesis, sillas de ruedas y otros elementos que en el mercado implican un alto costo, si se tiene en cuenta que un gran porcentaje de las personas con discapacidad vive en condición de pobreza (69,70).

La presente investigación demostró que el 54,4% de la población no posee ningún ingreso, con respecto a las condiciones laborales, el 78,2% de la población se encuentra laborando sin contrato, el 91,7% de la población no tiene pensión por discapacidad y el 63% no se desplaza a sus lugares de trabajo por no tener empleo; a pesar de que existen leyes que fomentan la inclusión laboral como la 361 de 1997, la ley 1346 del 2009, ley estatutaria 1618 de 2013, entre otras que ofrecen beneficios para todas aquellas empresas que incluyan



en su nómina a personas con discapacidad, sigue vulnerándose ese derecho. Los hallazgos encontrados, son similares al estudio nacional de Gil et al. (54) que reportó que los participantes del estudio en su mayoría están desempleados, por motivo de salud o realizan trabajos informales o de forma independiente que evidencian inestabilidad.

Esta problemática en la participación laboral también se evidencia a nivel internacional, Pupiales B, Córdoba L (71), reportaron que la tasa de desempleo en España, es mayor en un 40% en personas con discapacidad que sin discapacidad y, sólo un 20% de la población contó con experiencia laboral.

Respecto a la condición laboral, las personas con discapacidad experimentan obstáculos para ganar su autonomía e independencia no sólo por los vacíos legales sino también por las dificultades para romper las barreras proteccionistas de las organizaciones que trabajan por las personas con discapacidad, y por la dificultad para encontrar un puesto de trabajo en el mercado ordinario (72,73).

Haciendo referencia a lo anterior, la OIT señala que, con frecuencia el derecho a un trabajo decente es denegado. Todas las personas con discapacidad y en mayor proporción, las mujeres, experimentan barreras físicas, actitudinales, de la información, que dificultan el goce y el acceso en igualdad de oportunidades al mundo laboral, lo que genera dificultades para acceder a la protección social (74).

Con relación a las condiciones de seguridad en el trabajo, el 28,2% de la población con discapacidad, reportó que son buenas, el 23,6% registró que los niveles de ruido son bajos y el 91,7% no está expuesto a temperaturas altas. La investigación realizada por Gómez G y Turizo F (68) indica que con base en el marco internacional y los convenios ratificados por Colombia, se han creado parámetros de protección para las personas con discapacidad, desde la constitución política hasta leyes como la 361 de 1997, ley Estatutaria 1618 del 2013, en lo que se refiere a riesgos laborales, se han desarrollado referentes básicos fundamentados en la Ley 1562 de 2012 y en el Decreto 1072 de 2015 que incluye el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que propenden por el bienestar de todos los trabajadores, incluyendo a las personas con discapacidad (75,76).

El trabajo decente es un derecho de todas las personas, sin embargo, es necesario proteger algunos grupos vulnerables, como las personas con discapacidad, por lo anterior, la OIT promueve para este grupo “la Gestión de las Discapacidades en el lugar de trabajo” como herramienta para ayudar a los países miembros a seguir con las normas propuestas por la Organización internacional, dentro de los objetivos de la Gestión de las discapacidades, se encuentra la promoción de un lugar seguro, accesible y saludable (77).

Con respecto a la actividad que desempeñaba antes de la discapacidad el 42,6% de la población trabajaba antes de la discapacidad, un 21,3% no tenían actividad y el 16,2% realizaba oficios de hogar. Estos hallazgos pueden relacionarse con la idea de que nacer con una discapacidad o adquirirla no deberían convertirse en limitantes que impida el desarrollo humano de la persona y cuando esto ocurre es porque la sociedad los desconoce como seres humanos con derechos (78).

Al respecto de esa situación, las Naciones Unidas han generado un programa de acción mundial para las personas con discapacidad, según esta organización, un gran porcentaje de la población con discapacidad vive en situación de pobreza, y a menudo viven en zonas donde los servicios de salud o afines, son escasos; lo que genera que las deficiencias no se detecten a tiempo, ocasionando un grado mayor de discapacidad, en consecuencia, se evidencian las desventajas económicas, sociales y culturales, que constituyen un impedimento para el acceso a una formación profesional y a un trabajo remunerado (79).

Al analizar la discapacidad final, el estudio evidenció que el mayor porcentaje del grado de discapacidad se encuentra ubicado en la categoría moderada y leve, lo cual coincide con estudios internacionales en Chile y Honduras en donde la población del estudio, presentó discapacidad moderada y leve (80,81).

A nivel nacional un estudio encontró que la población participante evidenció discapacidad leve. Si bien la discapacidad se relaciona con las dificultades a nivel de estructuras y funciones corporales, la atención oportuna de estas es fundamental en la disminución o en la ausencia de discapacidad (16).

Con relación al grado de discapacidad por dominios del WHO DAS 2,0 en el mayor porcentaje se encontró en el grado extremo en el dominio Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado y en el grado moderado, participación en la sociedad, seguido de relaciones con otras personas, al respecto un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud, encontró que en Chile, un porcentaje de personas con discapacidad presentan problemas en el dominio relaciones con otras personas. Adicional a lo anterior, 1 de cada 8 personas con discapacidad presentan dificultades en la participación en la sociedad (82).

Con relación al dominio participación en la sociedad, Serrano, et al. (83) en su estudio evidencia que las barreras contextuales pueden convertirse en factores que obstaculicen la participación social. Al igual que el estudio de Ceron P y Urriago J (77) que encontró que las personas con discapacidad, en especial física, enfrentan actitudes negativas frente a su condición como la subvaloración de sus capacidades, entre otros. Rios J (85) aborda el tema de la participación en sociedad refiriéndose a la marginalidad que algunas personas con movilidad reducida experimenta debido a las barreras físicas que imposibilita el acceso a lugares públicos y privados, conllevándolos a una situación de exclusión social. Con respecto a la educación, este autor, hace referencia a las dificultades que experimentan las personas con discapacidad debido a los problemas de accesibilidad física en los escenarios de aprendizaje.

Lo anterior ratifica la premisa del modelo social acerca de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, haciendo referencia a que todos los esfuerzos deben estar dirigidos a equilibrar el acceso al ejercicio pleno de sus derechos y oportunidades dentro de una sociedad en donde puedan desarrollar libremente y con dignidad sus planes y proyectos (86).

El análisis bivariado permitió identificar y descartar la asociación entre los determinantes sociales de la salud: edad, horas de trabajo, tiempo de trabajo y años sin rehabilitación y los dominios del WHO-DAS 2.0 comprensión y comunicación, movilidad, autocuidado, relaciones con otras personas, Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado, Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado y Discapacidad final WHO-DAS 2.0. Así

mismo, se descarta la asociación entre ingreso mensual promedio con movilidad, participación en sociedad y discapacidad final WHO-DAS 2.0; se encontró que no existe asociación entre el número de personas con quien comparte la vivienda y los dominios del WHO\_DAS 2.0.

Los Determinantes Sociales en Salud son definidos por la OMS como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y esto incluye a los sistemas de salud”. Estas circunstancias se ven influenciadas por la distribución del dinero, los recursos a nivel mundial, nacional y local que a su vez dependen de las políticas adoptadas en cada país. Lo que en algunas ocasiones puede repercutir de manera negativa en la salud de las personas.

Esta investigación pudo encontrar asociaciones estadísticamente significativas entre el grado de discapacidad y los Determinantes intermedios ortesis y/o prótesis, recibe servicios de rehabilitación, a qué factores atribuye su recuperación servicios de salud y servicios recibidos, tipo de rehabilitación ordenada terapia ocupacional, y medicamentos permanente. Esto se puede deber a que las personas con discapacidad experimentan obstáculos para el acceso a los servicios de salud, ha evidenciado inequidades en la prestación de ellos, desequilibrio entre la oferta y la demanda, todo lo anterior genera dificultades a la hora de garantizar una atención integral en salud, con estándares de calidad (87).

Con respecto a la variable recibe servicio de rehabilitación y su relación con el grado de discapacidad, el no tener este servicio aumenta la probabilidad de mayor grado de discapacidad. En relación a los servicios sanitarios, la Organización Mundial de la Salud afirma que las personas con discapacidad, tienen más demanda que las personas sin discapacidad y presentan más necesidades insatisfechas a nivel de estos servicios, lo que puede traer como consecuencia una mayor vulnerabilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, muerte prematura, entre otros (87,88).

Se encontraron asociaciones entre las variables ingreso recodificado, horas de trabajo, tipo de contrato de trabajo, tiempo de trabajo recodificado, qué actividad realizaba antes de la discapacidad, condiciones de seguridad en el trabajo, niveles de ruido en el lugar de trabajo,

exposición a temperaturas extremas (lluvia, calor), en que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo y grado de discapacidad (89).

El análisis multivariado determinó que a mayor edad, existe más probabilidad de que el grado de discapacidad aumente, estos hallazgos difieren de los encontrados por Marjan y Mendieta (89) en donde el modelo de regresión aplicado, demostró que a mayor edad menor discapacidad y aumento de la calidad de vida, mientras que los mayores grados de discapacidad se presentan en personas menores con trastornos de ansiedad generalizada.

Con respecto a ingreso mensual promedio, se puede predecir que una persona de 40 años, tiene 59% más de probabilidad de presentar discapacidad leve o moderada si carece de ingresos; sin embargo si una persona tiene mayores ingresos, la probabilidad de tener un alto grado de discapacidad disminuye. Generalmente se ha asociado la discapacidad a la pobreza y esta al promedio de ingresos mensuales; en algunos países desarrollados, la persona recibe ingresos según su deficiencia funcional, a mayor deficiencia menos ingresos y viceversa.

Con relación a lo anterior, en Suramérica, estudios han demostrado que al tener una discapacidad, la persona puede recibir ingresos inferiores a los que recibe una persona sin discapacidad, lo que se convierte en limitante para acceder a actividades educativas, sociales, recreativas, sanitarias, entre otras, generándose una situación de dependencia económica hacia la familia (90,91).

En Colombia, el estudio correlación entre pobreza extrema y discapacidad, encontró una correlación lineal entre la pobreza y la discapacidad, indicando que la pobreza es un factor contextual influyente en la discapacidad de las personas y las posibles razones para esta correlación positiva son las pocas oportunidades laborales y los bajos ingresos a los que se ven expuestos, lo que termina limitando el acceso a la rehabilitación, servicios de salud, entre otros (92).

Los resultados de esta investigación llevan a sugerir que se hace necesario generar cambios significativos a nivel familiar y social; las personas con discapacidad y sus familias a menudo no son conscientes de su potencial, por lo tanto se debe mejorar los procesos de

orientación vocacional, inclusión educativa y laboral. El hecho que un gran porcentaje de la población del estudio se encuentre ubicada en estrato socioeconómico bajo, condiciona las posibilidades de desarrollar sus capacidades y de ser útil en su microsistema, mesosistema y macrosistema, porque los determinantes sociales que lo rodean se convierten en factores de riesgo para la discapacidad (93).

## 8 CONCLUSIONES

Este estudio realizado en la ciudad de Barranquilla con 216 personas con discapacidad evidenció con relación a los determinantes sociales de la salud estructurales, que los participantes se caracterizaron por ser en su mayoría de raza mestiza, de sexo femenino, de estado civil casado y en su mayoría pertenecientes a estrato social 1 y 2, de edad menor de 45 años; sólo un pequeño porcentaje, curso educación básica secundaria completa u obtuvieron título universitario. Estos hallazgos indican que las condiciones en donde crecen y se desarrollan las personas son factores que influyen en su desarrollo humano, lo anterior puede sugerir que a estratos más bajos, se evidencia una decreciente participación de la población con discapacidad en el sistema educativo, lo que repercute en el acceso a la educación superior.

Con respecto a los determinantes sociales de la salud intermedios, se logró identificar que la población participante se encuentra afiliada en su totalidad al SGSSS, el 68,1% esta afiliados al régimen contributivo, el 42,6% se encontraba trabajando antes de la discapacidad, un gran porcentaje vive sin salario o con menos de un salario mínimo legal vigente; el 91,7% no recibe pensión, el 58,3% utiliza ortesis/prótesis, su recuperación se la deben principalmente a los servicios de salud y servicios recibidos, seguido de apoyo familiar; el principal tipo de rehabilitación es la fisioterapia seguido de medicamentos permanentes, el 39,4% de la población manifestó haber terminado la rehabilitación y llevar entre 11 y 60 años sin rehabilitación, sin embargo el tener tantos años sin rehabilitación pueden ser causante de un aumento de las limitaciones en AVD y la restricción de la participación.

La discapacidad moderada se evidenció en un gran porcentaje de la población participante, muy seguida de discapacidad leve; el dominio evaluado con el WHO DAS 2.0 que presentó mayor promedio de puntuación fue actividades de la vida diaria (trabajo remunerado) y el de menor puntuación fue comprensión y comunicación. Con base en estos hallazgos se puede determinar que las condiciones del entorno inmediato o microsistema, se encuentran relacionadas con las limitaciones que la persona experimenta a diario, repercutiendo en el grado de discapacidad, si se tiene en cuenta que las tres actividades en donde los

participantes manifestaron mayor dificultad fueron andar largas distancias, acabar sus quehaceres tan rápido como era necesario y dificultad para estar de pie por periodos prolongados.

Se encontró asociación entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios como edad, condiciones laborales, servicios de rehabilitación y los dominios del WHO-DAS 2.0 comprensión y comunicación, movilidad, autocuidado, relaciones con otras personas, Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado, Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado y Discapacidad final WHO-DAS 2.0.

Las personas con discapacidad objeto de este estudio, no tiene acceso a un trabajo digno y equitativo, muchas de ellas viven sin salario o con menos de un salario mínimo. La problemática encontrada, las condiciona a vivir en extrema pobreza y a estados de privación socioeconómica. Esto demuestra que aunque existan políticas que fomenten la inclusión laboral, la población con discapacidad continua experimentando barreras para su inserción, lo que agrava su condición de salud y el grado de discapacidad.

De lo anterior se puede concluir que los Determinantes Sociales en Salud, actúan en distintos niveles, pueden ser causales o protectores; reflejan el estado de salud como consecuencia de comportamientos individuales o contextos sociales. El grado de discapacidad que una persona presente como consecuencia de un deterioro de la condición de salud, se le atribuye a las barreras físicas, culturales y estructurales que experimente, con respecto a los servicios de salud/rehabilitación, empleabilidad, entre otros (86).

La edad, ingreso mensual promedio y recibe servicios de rehabilitación sin las variables que predicen el grado de discapacidad. Con respecto a la variable edad, indica que a mayor edad mayor probabilidad de tener mayor grado de discapacidad; con respecto a la variable ingreso mensual promedio, se determinó que a mayor ingreso menor la probabilidad de tener alto grado de discapacidad. Finalmente, según el modelo propuesto se puede decir que una persona de 40 años, sin ingresos, tiene una probabilidad del 59% de tener una discapacidad clasificada como leve en tanto que una persona también de 40 años, sin ingresos la probabilidad de discapacidad es moderada.



Los determinantes sociales de la salud, son las condiciones en que las personas viven, por lo tanto en personas con discapacidad, el tener bajos ingresos, no poder acceder a servicios de rehabilitación son factores que reflejan políticas públicas en torno a la discapacidad poco eficientes que evidencian la inequidad social y la falta de oportunidades socioculturales que enfrentan este grupo poblacional.

## 9 RECOMENDACIONES

1. El estudio en la ciudad de Barranquilla hace ver la importancia de intervenir la discapacidad bajo un enfoque biopsicosocial que impacte de manera directa a la persona, la familia y la comunidad y se generen estrategias de inclusión y participación social desde la misma comunidad.
2. Se evidencia la necesidad de que el DANE actualice, los datos reales de personas con discapacidad en Colombia y en sus departamentos.
3. En la población del estudio resulta importante enfatizar en la variable nivel educativo, se recomienda desde el gobierno nacional y local, continuar promoviendo la inclusión educativa con calidad. Es necesario que las instituciones de educación modifiquen la cultura de atención hacia la población con discapacidad y que en los planes de mejoramiento institucional se evidencie las acciones orientadas a la atención pertinente a la población vulnerable desde la parte administrativa, directiva, académica, hasta la comunitaria y de esta manera contribuir a que sean personas autónomas y productivas.
4. Implementar programas de envejecimiento activo, saludable y satisfactorio que inicien desde la básica primaria a fin de contrarrestar los efectos negativos del envejecimiento. Utilizando como estrategias la adopción de hábitos saludables y el autocuidado de la salud.
5. Se recomienda mejorar y/o fortalecer los procesos de salud bajo un enfoque integral y no fragmentado, comprender que el hombre es un ser biopsicosocial que interactúa en los contextos que lo rodean. Involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación y fomentar procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad para mejorar la calidad de vida y la participación social.
6. Con respecto a las políticas actuales que propenden por el bienestar de las Personas con Discapacidad y restituyen sus derechos, sería beneficioso aumentar los mecanismos de divulgación, para que puedan conocer y exigir el cumplimiento de las mismas; así como también se hace importante, incluir a estas personas en el diseño y en la ejecución de las políticas públicas en discapacidad.
7. Se hace imperioso, promover la Responsabilidad Social Empresarial y el Pacto de Productividad en el sector empresarial de Barranquilla, con la finalidad de fomentar

procesos de inclusión laboral y mejorar las condiciones de trabajo de las personas con discapacidad.

8. Se recomienda a nivel nacional y local, mejorar los procesos de participación en sociedad, para esto, es necesario que desde el gobierno continúen generando estrategias como la Rehabilitación Basada en Comunidad, haciendo énfasis en los componentes de educación, subsistencia y salud para disminuir las barreras contextuales que dificultan la participación y el desarrollo del individuo.
9. Es importante dar a conocer los resultados de esta investigación a la población con discapacidad de la ciudad de Barranquilla, entes gubernamentales y a la academia para que de esta forma se generen estrategias que contribuyan con los procesos de inclusión.

## 11. BIBLIOGRÁFIAS

12. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la Salud. [Internet]. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/es/Consultadonoviembrede2015](http://www.who.int/social_determinants/es/Consultadonoviembrede2015)
13. Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional. In: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2007.
14. Marmot M FS, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet. 2008 Nov 8, 2008; 372:1661-9.
15. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
16. CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud OMS, Ginebra, Suiza 2001.
17. Aparicio, M. Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. 2009; 1: 129-138. [internet]  
<http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/45418/01520103000220.pdf?sequence=1>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Discapacidad. [internet]  
<http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/.../DisCAPACIDAD/Consultadonoviembrede2015>.
19. Vélez C, Vidarte JA, Cerón JD. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. Rev. Faca. Nac. Salud Pública 31(supl 1): S192-S202.
20. Cerquera L, Vélez C, Castelblanco ML, Vidarte JA, Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. Diversitas: Perspectivas en Psicología [internet]

- 20141087-102. Fecha de consulta: junio de 2016.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67935714006>.
21. Ministerio de Salud y de Protección Social. Guía ASIS 2014 [Internet]. Msps 2014. Fecha de consulta: octubre del 2016.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia ASIS 28112013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf)
  22. Puin, DC, Escobar M. "Actitudes frente a la vinculación laboral de personas con discapacidad." *Revista Facultad de Medicina*.2002; 50 (4):196-199.
  23. Organización Mundial de la salud. 2011. Informe Mundial sobre la discapacidad. Ginebra: OMS. Fecha consulta junio 12016 Disponible en:  
[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)
  24. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health* Stockholm. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991. Disponible en [www.who.int/bulletin/volumes/84/.../index.html](http://www.who.int/bulletin/volumes/84/.../index.html)
  25. 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; 2005.
  26. Granada, E. *La discapacidad en el ámbito legal*. Colombia: Alcaldía de Manizales. 1999; 5.
  27. Fundación Saldarriaga Concha. Informe Discapacidad Fundación Saldarriaga Concha. Día mundial de las Personas con discapacidad [Internet]. Pacto de Productividad. 2012 [citado noviembre 2016].  
<http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informediscapacidadfsc.pdf>
  28. De Lorenzo R. El futuro de las discapacidades en el mundo: el empleo como factor determinante para la inclusión. *Rev del Minist Trab e Inmigr*. 2004 [internet];(50):73–90. [ Citado julio 2106] Disponible en [http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/50/Est04.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/50/Est04.pdf)
  29. Cruz-Velandía I, Hernández-Jaramillo J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. *Rev. Cienc. Salud* 2008; 6 (3):23-35.

30. Fundación Saldarriaga y Concha. Fundación Santa Fe de Bogotá. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico [Internet] Disponible en [https://saldarriagaconcha.org/...fsc/en/.../41\\_8300e68e6e9c50723c9d42ce85bfd622](https://saldarriagaconcha.org/...fsc/en/.../41_8300e68e6e9c50723c9d42ce85bfd622)
31. Stella L. Los determinantes sociales de la salud : más The social determinants of health : beyond the risk factors perspective Determinantes sociais da saúde : além dos fatores de risco. Rev Gerenc y Políticas Saludológicas Salud [Internet]. 2011;8(65):69–79. Citado en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
32. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Geneva: World Health Organization; 2010
33. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.-. Versión abreviada. 2001. [http://aspacenet.aspace.org/images/doc/cif\\_2001-abreviada.pdf](http://aspacenet.aspace.org/images/doc/cif_2001-abreviada.pdf)
34. Ministerio de Salud y de Protección Social. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud 2017. [internet] Disponible en : [www.barranquilla.gov.co/salud/index.php/comunicados/doc\\_download/372-](http://www.barranquilla.gov.co/salud/index.php/comunicados/doc_download/372-)
35. Palomino PA, Grande ML, Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. RIS.[internet] 2014 72, Extra (1): 71-91. Disponible en: [http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/La-salud-y-sus-determinantes-sociales\\_Palomino-Moral.pdf](http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/La-salud-y-sus-determinantes-sociales_Palomino-Moral.pdf)
36. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Informe Técnico. Sexta edición. 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/6to-informe-ons.pdf>
37. Fernández JA, Fernández M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y Discapacidad: La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev Esp

- Salud Pública. 2009; 83 (6): 775-783. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/170/17012323002.pdf>
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Discapacidad. [Internet]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx> Consultado Enero de 2016.
39. Vanegas JH, Gil LM. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial, *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007; 12(1): 51- 61.
40. Padilla A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos, *Revista Colombiana de Derecho Internacional*. 2010; 16 (1): 381-414. Disponible en: [http](http://www.redalyc.org/pdf/170/17012323002.pdf)
41. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. 2011. Disponible en:  
[http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=870&Itemid=324](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=870&Itemid=324)
42. Gómez J, González C. Fundación Saldarriaga y Concha. Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión del Capital Humano. Situación Nacional. Tomo1. 2008. Disponible en :
43. [https://saldarriagaconcha.org/desarrollo.../33\\_d4adc751a39b66cee8ea7b192e75cc7f](https://saldarriagaconcha.org/desarrollo.../33_d4adc751a39b66cee8ea7b192e75cc7f)
44. República de Colombia, Ley Ley 1346 de 2009 aprueba la Convención de los derechos de las personas con discapacidad. Disponible en  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley%201346%20de%202009.pdf>.
45. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, Marzo 2013. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
46. República de Colombia. Ley estatutaria 1618 de "por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad" congreso de la república; 2013.
47. Organización Internacional del Trabajo. OIT. Datos sobre discapacidad en el mundo del trabajo. Ginebra 2007. Disponible en

- [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms\\_087709.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_087709.pdf).
48. Lugo LH, Seijas V. La discapacidad en Colombia: una mirada global, *Rev Col Med Fis Rehab*. 2012; 22(2): 164-179.  
<http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/64/61>
  49. Fiorati RC, Elui VMC. Social determinants of health, inequality and social inclusion among people with disabilities. *Rev Lat Am Enfermagem* . 2015; 23(2):329–36.
  50. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. 2013-2022. [Internet] Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>
  51. Vidarte JA, Chía SL, Hormaza M, Vélez C. determinantes sociales de la salud y discapacidad, Tunja 2012. *Archivos de medicina (col)* 2014;1451-63.
  52. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. CERMI. Discapacidad y exclusión social en la unión europea. *Tiempo de cambio, herramientas para el cambio*. Julio, 2003. Disponible en:  
<http://www.cermiasturias.org/fotos/7Exclusion.pdf>.
  53. Vélez C, Vidarte JA. Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. *Cienc. innov. salud*. 2014; 2(2):63 – 69.
  54. Daza, GE. Mosquera, MG. Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. [Internet]: Disponible [repositorio.autonoma.edu.co/jspui/.../informe%20final%20tesis%20Barranquilla.pdf](http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/.../informe%20final%20tesis%20Barranquilla.pdf)
  55. Vásquez-Barquero JL. Herrera S, Vásquez E, Gaité I. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud – WHO-DAS II (Versión española del WorldHealthOrganizationDisabilityAssessment Schedule II). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid; 2006



56. WHO –DAS II. DisabilityAssessment Schedule, WorldHealthOrganization. (Lastupdated. Tue Nov 27 09:20:27 2001).  
<http://www.who.int/icidh/whodas/generalinfo.html>. AccessedonMay 5, 2009
57. Organización Mundial de la Salud. Medición de la Salud y la Discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0. 2015.
58. Garín, O, Ayuso-Mateos, J.L., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., Racca, V et all. . Validación de "WorldHealthOrganizationDisabilityAssessment Schedule, WHODAS-2" en pacientes con enfermedades crónicas. Salud y calidad de vida, 2010. 8 (1),
59. Mukaka M. Una guía para el uso apropiado del coeficiente de correlación en la investigación médica. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. Malawi Med J.[internet] 2012 sep. 24(3):69-71. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>
60. Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
61. Agresti, A. Categorical Data Analysis 1990. New York: John Wiley & Sons.
62. Hosmer D. Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 2nd ed. 2000. Regression analysis. New York: John Wiley & Sons.
63. Stang M. las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- división de la población de la CEPAL. Santiago de Chile. [internet] abril de 2011 [citado junio 2018] Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/S1100074\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/S1100074_es.pdf)
64. Ministerio de Salud y Protección Social, Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD, [internet] Diciembre 2013. Disponible en [:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20%28Dic%202013%29.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20%28Dic%202013%29.pdf).

65. Instituto Nacional de Estadística. INE. Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia. Disponible en:  
[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175).
66. Gil L., López A., Ávila C., Criollo C., Canchala A., et al. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. *Universidad y Salud*, 18(3), 505-513.  
doi:<http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.55>
67. Solano Z, Barreiro S, Molina Y. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad 2107.  
Disponible en :  
<http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/1161/1/CD%20INFORME%20FINAL%20ULTIMA%20VERSION%20%281%29.pdf>
68. Fuentes GA; Sánchez H, Lera L, Cea X, Albala C. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gac Sanit.* 2013; 27(3):226–232 [internet]. Recuperado de: [https://ac.els-cdn.com/S0213911112003263/1-s2.0-S0213911112003263-main.pdf?\\_tid=083cda6b-5928-45dc-bb30-b7ee1f396b5d&acdnat=1534769294\\_2d5b040bf8d4592ebae50e5fbd72b237](https://ac.els-cdn.com/S0213911112003263/1-s2.0-S0213911112003263-main.pdf?_tid=083cda6b-5928-45dc-bb30-b7ee1f396b5d&acdnat=1534769294_2d5b040bf8d4592ebae50e5fbd72b237)
69. Zueras P, Camara A, Blanes A, Trias-LLimós S. Desigualdad social y niveles de discapacidad entre los mayores españoles. *BIBLID*.ISSN 2174-6753, Vol.10: a1003 [Internet]. Recuperado de : [http://ced.uab.es/wp-content/uploads/2016/02/Encrucijadas\\_10\\_2015\\_Zueras\\_C%C3%A1mara\\_Blanes\\_Trias.pdf](http://ced.uab.es/wp-content/uploads/2016/02/Encrucijadas_10_2015_Zueras_C%C3%A1mara_Blanes_Trias.pdf)
70. 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; 2010
71. Castelblanco M, Cerquera L, Vélez C, Vidarte, JA. Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. *Diversitas*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 87-102, mar. 2014.

ISSN 2256-3067. Disponible en:

<<http://revistas.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/view/1807/2215>>

72. Samaniego DG. Personas con discapacidad y acceso a servicios educativos en Latinoamérica. Edit CINCA. 2008. ISBN: 978-84-96889-39-2. Disponible en: ISBN: 978-84-96889-39-2
73. Rincón DM, Restrepo DG. Rol de la pareja en el proceso de rehabilitación de personas con discapacidad física por situaciones de guerra Pensamiento Psicológico, vol. 7, núm. 14, enero-junio, 2010, pp. 19-39 [internet] .Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80113673002.pdf>
74. Hernández Á. Las personas con discapacidad: Su calidad de vida y la de su entorno. Aquichán [Internet]. 2004 Dec [cited 2018 July 1]; 4(1): 60-65. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972004000100008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100008&lng=en)
75. ONUHABITAT. El derecho a una vivienda adecuada. Folleto informativo No 21/Rev.1 [internet]. Disponible en: [https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21\\_rev\\_1\\_Housing\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_sp.pdf)
76. Mayer-Serra C. El derecho a la protección de la salud. Salud pública Méx vol.49 no.2 Cuernavaca mar./abr. 2007 [internet]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000200010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200010)
77. Venturiello M. ¿Qué significa atravesar un proceso de rehabilitación? Dimensiones culturales y sociales en las experiencias de los adultos con discapacidad motriz del Gran Buenos Aires. Rev. katálysis vol.17 no.2 Florianópolis July/Dec. 2014 [internet]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802014000200185](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200185)
78. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y rehabilitación. 2018 [internet]. Disponible en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)
79. Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad: salud de las personas con discapacidad [internet]. Disponible en:

[https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=82:discapacidad&Itemid=21](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=82:discapacidad&Itemid=21)

80. Fundación Saldarriaga Concha. Informe ayudas técnicas y servicios. Las personas con discapacidad requieren poder hacer uso de sus ayudas técnicas y servicios de asistencia sin ninguna restricción. [Internet]. [citado junio 2018].  
[https://saldarriagaconcha.org/desarrollo\\_fsc/es/21-prensa/148-informe-ayudas-tecnicas-y-servicios](https://saldarriagaconcha.org/desarrollo_fsc/es/21-prensa/148-informe-ayudas-tecnicas-y-servicios)
81. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Obligatorio de Salud.  
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pos.aspx>.
82. Carrasquilla G, Martínez S, Latorre M, García S, Rincón C, Olaya C, Castro R, et al. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Fundación Saldarriaga Concha y Fundación Santa Fe de Bogotá. 2009. [Internet] Disponible en:  
<http://mesadesplazamientoydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009>
83. Pupiales B, Córdoba L. La inclusión laboral de personas con discapacidad: Un estudio etnográfico en cinco comunidades autónomas de España. *Archivos de Medicina (Col)* [Internet]. 2016; 16(2):279-289. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273849945007>
84. Pasillera DM, La inclusión laboral y social de los jóvenes con discapacidad intelectual. *El papel de la escuela. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 70 (25,1) (2011), 185-200 Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419147011>.
85. Forcada Rojkin, CI. La Inserción De Personas Con Discapacidad En El Mercado Laboral Privado. *Invenio* [Internet]. 2015; 18(35):85-104. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87742317006>
86. Organización Internacional del Trabajo. Discapacidad y trabajo. Disponible en:  
<https://www.ilo.org/global/topics/disability-and-work/lang--es/index.htm>
87. Gómez R, Turizo P. Seguridad y salud en el trabajo en Colombia: retos frente a las personas con discapacidad. *Revista CES Derecho* ISSN 2145-7719 Volumen 7

- Número 2 Julio-Diciembre 2016. Pág: 84-94 [Internet] Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a07.pdf>
88. Degrandi C, Nogueira G. Exposición Ocupacional a la Contaminación Sonora en Anestesiología. Revista Brasileira de Anestesiología [internet] Vol. 62, No 2, marzo-abril, [citado junio 2018]2012. Disponible en
89. [http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/es\\_v62n2a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/es_v62n2a11.pdf)
90. Oficina Internacional del Trabajo. Gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo. ISBN 92-2-311639-2 [internet] disponible en:  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_emp/documents/publication/wcms\\_112521.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/documents/publication/wcms_112521.pdf)
91. Gil L., López A., Barreiro S., Molina H Y, Solano Espagoza Z. (2018). Discapacidad y calidad de vida en población adulta del Municipio de Soledad, Atlántico – Colombia (Disability and quality of life in the adult population of Soledad, Atlántico – Colombia). Inclusión Y Desarrollo, 5(2).  
doi:<http://dx.doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.5.2.2018.%p>
92. Naciones Unidas. Programa de acción mundial para las personas con discapacidad [internet]. Disponible en:  
<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1438>
93. Senadis. Caracterización General, Prevalencia Nacional de discapacidad en Chile [internet]. Disponible en: <https://www.senadis.gob.cl/download/i/3015>
94. Flores S, Jiménez D, Castellanos W, et al. Prevalencia de discapacidad y sus características en población de 18 a 65 años de edad, Honduras, Centro América, 2013-2014. Rev med hondur, vol. 83, nos. 1 y 2, 2015 [internet]. Disponible en:  
[http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo3\\_Vol83-1-Discapacidad.Sujetos.18-65a.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo3_Vol83-1-Discapacidad.Sujetos.18-65a.pdf)
95. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad, y de la salud en estudios de prevalencia de la discapacidad en las Américas. Washington, D.C.: OPS, © 2012 [internet]. Disponible en:  
<https://www.paho.org/arg/images/Gallery/Varias/informecif.pdf?ua=1>

96. Serrano Ruíz C, Ramírez C, Abril JP, Ramón L, Guerra L, Clavijo G. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud [Internet]. 2013; 45(1):41-51. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343833959006>
97. Cerón P, Urriago J. La eliminación de las barreras en el acceso al empleo para la población discapacitada; Grupo Acciones Públicas ICESI [acceso 9 de Abril de 2013]. Disponible en: [http://www.icesi.edu.co/grupo\\_acciones\\_publicas\\_icesi/images/pdfs/articulo\\_discapacitados.pdf](http://www.icesi.edu.co/grupo_acciones_publicas_icesi/images/pdfs/articulo_discapacitados.pdf) 26.
98. Ríos J. Condiciones de inclusión de la discapacidad frente a las barreras arquitectónicas, el reto: la inclusión. UGCiencia [ internet], Vol. (19), 38 - 56.[acceso 07 agosto 2018] Disponible en <http://revistas.ugca.edu.co/files/journals/3/articles/89/public/89-666-1-PB.pdf>
99. Victoria MJ. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. Bol.Mex. Der. Comp. vol.46 no.138 [internet]. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n138/v46n138a8.pdf>
100. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud. [internet] Enero de 2018. Available Disponible <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/disability-and-health>
101. Velez M, González A, Velásquez R. Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015. Revista CES Derecho Volumen 7 No.2 Julio-Diciembre / 2016 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a06.pdf>
102. Marjan L.M, Mendieta C.D, et al. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Salud Mental [internet] 2014; 37:509-516. Disponible en : [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000600009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600009)
103. Comisión Honoraria del Discapacitado, República Oriental del Uruguay. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, [internet] pág. 10-12. <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/discapacidad/discapacidad.pdf>

104. Universidad estatal de Bolívar. La Gestión empresarial e institucional en la inserción laboral de las personas con discapacidad en la ciudad de Riobamba provincia de Chimborazo en el año 2007 – 2008.  
<http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/37/1/0015.pdf> 118.
105. Herazo B, Domínguez A. Correlación entre Pobreza Extrema y Discapacidad en los Departamentos de Colombia. Cienc. innov. salud. Junio 2013 [internet]; 1 (1):11 – 17. Universidad Simón Bolívar (Col). ISSN: 2344-8636  
<http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/innovacionsalud>
106. Tamayo M, Besoain A, Rebolledo J. Determinantes Sociales de la Salud y Discapacidad: actualizando el modelo de determinación. Gac.Sanit.,2018 [internte].;32 (1):96-100 Disponible en:  
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/BBF1D2CA7AFC50B05EDD582349E967A71F5CD019BFE7BFCC537053268110AE045797772D2C3DF2FC71D7493B72B8BF58>

## 10 ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE SALUD**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMINETO**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN**

**EN INVESTIGACIONES**

**INVESTIGACIÓN: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES EL GRADO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS – ESTUDIO MULTICENTRICO**

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a XXXXX CC: XXXXXXXX y XXXXX CC XXXX, estudiantes de la maestría en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Aplicación del instrumento de Caracterización de los Determinantes Sociales de la Salud
2. Aplicación del Instrumento WHO DAS 2.0 para evaluación de la discapacidad.

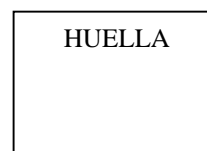
Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación a familias de personas en condición de discapacidad
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

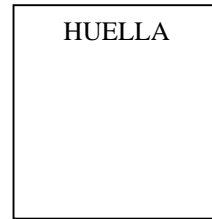




Documento de identidad \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Testigo: \_\_\_\_\_



Firma: \_\_\_\_\_

Documento de identidad \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2017

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO - MOVIMIENTO

PROYECTO: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES EL GRADO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 ANOS – ESTUDIO MULTICENTRICO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Objetivo: Establecer los Determinantes Sociales de la Salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años.

- 1) **Sexo:** Masculino. \_\_\_\_\_ Femenino. \_\_\_\_\_ **Edad en años :** \_\_\_\_\_
- 2) **Etnia:**
  - 1- Negro \_\_\_\_\_
  - 2- Raizal \_\_\_\_\_
  - 3- Palenquero \_\_\_\_\_.
  - 4- Gitano \_\_\_\_\_
  - 5- Indígena \_\_\_\_\_
  - 6- Mestizo \_\_\_\_\_
- 3) **Estado civil:**
  1. Nunca ha estado casado \_\_\_\_\_
  2. Actualmente esta casado. \_\_\_\_\_
  3. Separado \_\_\_\_\_
  4. Divorciado \_\_\_\_\_
  5. Viudo \_\_\_\_\_
  6. Viviendo en pareja \_\_\_\_\_
- 4) **En que barrio vive usted actualmente:** \_\_\_\_\_
- 5) **Área:**
  - 1- Urbana \_\_\_\_\_
  - 2- Rural \_\_\_\_\_
- 6) **Nivel educativo:**
  - 1- Ninguno \_\_\_\_\_
  - 2- Preescolar incompleto \_\_\_\_\_
  - 3- Preescolar completo \_\_\_\_\_
  - 4- Básica Primaria incompleto \_\_\_\_\_
  - 5- Básica Primaria completa \_\_\_\_\_
  - 6- Básica Secundaria incompleta \_\_\_\_\_
  - 7- Básica Secundaria completa \_\_\_\_\_
  - 8- Técnico o tecnólogo incompleto \_\_\_\_\_
  - 9- Técnico o tecnólogo completo \_\_\_\_\_
  - 10- Universitario sin título \_\_\_\_\_

- 11- Universitario con título \_\_\_\_\_
- 12- Posgrado incompleto \_\_\_\_\_
- 13- Postgrado completo \_\_\_\_\_

**7) Está afiliado a Seguridad General de Seguridad Social:**

- 1- Si \_\_\_\_\_
- 2- No \_\_\_\_\_

**8) Tipo de afiliación:**

- 1- Contributivo \_\_\_\_\_
- 2- Subsidiado \_\_\_\_\_
- 3- Pobre no afiliado \_\_\_\_\_
- 4- No sabe \_\_\_\_\_

**Circunstancias materiales del trabajo**

- 9) Ingreso mensual promedio: \_\_\_\_\_
- 10) Recibe pensión por la discapacidad:
  - 1-Si \_\_\_\_\_
  - 2-No \_\_\_\_\_
- 11) Cuantas horas trabaja al mes: \_\_\_\_\_
- 12) Cuanto lleva trabajando: \_\_\_\_\_
- 13) Qué tipo de contrato de trabajo tiene:
  - 1- A termino fijo \_\_\_\_\_
  - 2- A término indefinido \_\_\_\_\_
  - 3- Sin contrato \_\_\_\_\_
  - 4- Otro:\_\_\_\_\_ Cuál:\_\_\_\_\_
- 14) Condiciones de seguridad en el trabajo:
  - 1- Buenas \_\_\_\_\_
  - 2- Regulares \_\_\_\_\_
  - 3- Malas \_\_\_\_\_
- 15) Niveles de ruido en el lugar donde trabaja
  - 1- Alto \_\_\_\_\_
  - 2- Muy alto \_\_\_\_\_
  - 3- Medio \_\_\_\_\_
  - 4- Bajo \_\_\_\_\_
- 16) Está Expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor):
  - 1-Sí \_\_\_\_\_
  - 2-No \_\_\_\_\_
- 17) En que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo:
  - 1- Caminando \_\_\_\_\_
  - 2- Vehiculo particular \_\_\_\_\_
  - 3- Transporte publico \_\_\_\_\_
  - 4- Otro:\_\_\_\_\_ Cual:\_\_\_\_\_
- 18) Qué actividad realizaba antes de la discapacidad:
  - 1- Sin actividad \_\_\_\_\_
  - 2- Trabajando \_\_\_\_\_
  - 3- Buscando trabajo \_\_\_\_\_
  - 4- Estudiando \_\_\_\_\_
  - 5- Oficios del hogar \_\_\_\_\_

- 6- Jubilado o pensionado \_\_\_\_\_
- 7- Otro \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

**Tipo de vivienda**

- 19) En este momento usted habita en:
  - 1- Casa \_\_\_\_\_
  - 2- Apartamento \_\_\_\_\_
  - 3- Cuarto \_\_\_\_\_
  - 4- Institución pública \_\_\_\_\_
  - 5- Institución privada \_\_\_\_\_
  - 6- Calle \_\_\_\_\_
  - 7- Otro tipo de vivienda. \_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_
  
- 20) El inmueble que está habitando en este momento es:
  - 1- Arrendada \_\_\_\_\_
  - 2- Pagando propia \_\_\_\_\_
  - 3- Propia pagada \_\_\_\_\_
  - 4- Otra condición: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

**Número de personas en el hogar**

- 21) Número de personas con quien comparte la vivienda: \_\_\_\_
- 22) Con quien vive actualmente (puede marcar varias opciones)
  - 1- Solo \_\_\_\_
  - 2- Pareja \_\_\_\_
  - 3- Papá \_\_\_\_
  - 4- Mamá \_\_\_\_
  - 5- Familiares \_\_\_\_
  - 6- Amigos \_\_\_\_
  - 7- Otros \_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_
- 23) Utiliza ortesis y/o prótesis Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- 24) Cual(es) ortesis y/o prótesis \_\_\_\_\_
- 25) Recibe Servicios de Rehabilitación Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- 26) A que Factores atribuye su recuperación?-Los servicios de (puede marcar varias opciones)
  - a. salud y servicios recibidos \_\_\_\_\_
  - b. Apoyo familiar \_\_\_\_\_
  - c. Empeño por salir adelante \_\_\_\_\_
  - d. A Dios \_\_\_\_\_
  - e. Medicina alternativa \_\_\_\_\_
  - f. Otro \_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_
- 27) Tipo de Rehabilitación Ordenada (puede marcar varias opciones)
  - a. Medicina física y de Rh \_\_\_\_\_
  - b. Psiquiatría \_\_\_\_\_
  - c. Fisioterapia \_\_\_\_\_
  - d. Fonoaudiología \_\_\_\_\_
  - e. Terapia ocupacional \_\_\_\_\_
  - f. Optometría \_\_\_\_\_

- g. Psicología \_\_\_\_\_
- h. Trabajo social \_\_\_\_\_
- i. Medicamentos permanentes \_\_\_\_\_
- j. Otro tipo de Rh \_\_\_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_

28) Quien paga la rehabilitación (puede marcar varias opciones)

- a. SGSS \_\_\_\_\_
- b. Familia \_\_\_\_\_
- c. Personalmente \_\_\_\_\_
- d. ONG \_\_\_\_\_
- e. Empleado \_\_\_\_\_
- f. Otro \_\_\_\_\_ cual \_\_\_\_\_

29) Porque no recibe Rehabilitación

- a. Ya termino la rehabilitación \_\_\_\_\_
- b. Cree que ya no lo necesita \_\_\_\_\_
- c. No le gusta \_\_\_\_\_
- d. Falta de dinero \_\_\_\_\_
- e. Lejanía del Centro de atención \_\_\_\_\_
- f. No hay quien lo lleve \_\_\_\_\_
- g. No sabe \_\_\_\_\_
- h. Sin dato \_\_\_\_\_

30) Cuantos Años lleva sin rehabilitación: \_\_\_\_\_ Años

### ANEXO 3.



## CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

*Versión de 36-preguntas, Auto-administrable*

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
<b>Comprensión y Comunicación</b>						
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante <u>diez</u> minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar</u> las cosas importantes <u>que tiene que hacer</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar</u> soluciones a los problemas de la vida diaria?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea</u> , como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	Entender en <u>general lo que dice</u> la gente?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
<b>Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)</b>						
D2.1	<u>Estar de pie</u> durante <u>largos periodos</u> de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	<u>Ponerse de pie</u> cuando estaba <u>sentado(a)</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

D2.3	<u>Moverse dentro de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
<b>Cuidado Personal</b>						
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	<u>Vestirse?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	<u>Comer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	<u>Estar solo(a) durante unos días?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
<b>Relacionarse con otras personas</b>						
D4.1	<u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	<u>Llevarse bien con personas cercanas a usted?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	<u>Tener relaciones sexuales?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
<b>Actividades de la vida diaria</b>						
D5.1	<u>Cumplir con sus quehaceres de la casa</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.3	Acabar <u>todo</u> el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede
------	--	---------	------	----------	--------	--------------------

Si la “persona” trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para						
D5.5	Llevar a cabo su <u>trabajo diario o las actividades escolares</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede

Participación en Sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas</u> , en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de lamisma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	Cuánto le ha afectado <u>emocionalmente</u> su “condición de salud”?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Qué o su familia su “condición de salud”? <u>impacto económico</u> ha tenido usted	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo



D6.7	Cuánta dificultad ha tenido usted o su <u>familia</u> debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	<i>Anote el número de días</i> —
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> —
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	<i>Anote el número de días</i> —

**Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.**

## TABLAS RESULTADOS SPSS

### Sexo \* gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
<b>Sexo</b>	Femenino	1	50	54	17	0	122	,348
	Masculino	0	39	47	7	1	94	

### Edad gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
<b>Edad</b>	Menor de 45 años	1	42	34	6	0	83	,002
	Entre 45 y 65 años	0	27	37	2	1	67	
	Mayor de 65 años	0	20	30	16	0	66	

### Estado Civil \* gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
<b>Estado Civil</b>	Nunca se ha casado	0	28	26	6	0	60	0,073
	Actualmente esta casado	0	33	37	6	1	77	
	Separado	0	10	12	1	0	23	
	Divorciado	0	4	4	0	0	8	
	Viudo	0	3	13	8	0	24	
	Viviendo en pareja	1	11	9	3	0	24	

### Estrato social \* gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI  (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Estrato social	1	0	15	33	5	0	53	0,08
	2	0	28	35	9	0	72	
	3	1	21	21	7	0	50	
	4	0	13	6	2	0	21	
	5	0	9	5	1	1	16	
	6	0	3	1	0	0	4	

### Nivel educativo \* gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI  (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Nivel educativo	Ninguno	0	1	3	4	0	8	0,00
	Preescolar incompleto	0	0	1	0	0	1	
	Básica primaria incompleto	0	5	13	5	0	23	
	Basica primaria completo	0	5	14	1	0	20	
	Básica secundaria Incompleto	0	8	22	5	0	35	
	Básica secundaria completo	0	21	20	5	1	47	
	Tecnico o tecnologico incompleto	0	5	4	2	0	11	
	Tecnico o tecnologico completo	0	16	13	2	0	31	
	Universitario sin titulo	0	5	5	0	0	10	
	Universitario con titulo	0	17	4	0	0	21	
	Post grado incompleto	0	0	1	0	0	1	
	Post grado completo	1	6	1	0	0	8	

### Etnia \* gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Etnia	Negro	0	2	2	0	0	4	0,901
	Palenquero	0	2	0	0	0	2	
	Mestizo	1	85	99	24	1	210	

### Tipo de afiliación \* gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Tipo de afiliación	Contributivo	1	66	62	17	1	147	,760
	Subsidiado	0	22	37	7	0	66	
	No sabe	0	1	2	0	0	3	

### Ingreso recodificado \* gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI (P valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Ingreso recodificado	menos de 1 salario minimo	0	59	72	22	1	154	0,009
	entre 1 y 3 salarios minimos	0	19	24	1	0	44	
	mas de 3 salarios minimos	1	11	5	1	0	18	

### Recibe pensión por discapacidad \* gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P( valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Recibe pensión por discapacidad	No	1	83	93	20	1	198	,612
	Si	0	6	8	4	0	18	

### Horas de trabajo recodificado \* gradodediscapacidad

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P( valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		

Horas de trabajo recodificado	menos de 80 horas mes	0	40	70	23	1	134	,000
	Entre 81 y 160 horas mes	0	13	9	0	0	22	
	Mas de 160 horas mes	1	36	22	1	0	60	

**tiempo de trabajo recodificado \* gradodediscapacidad**

	GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P(vlaor)	
	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema			
tiempo de trabajo recodificado	0 meses	0	38	70	23	1	132	,001
	entre 1 y 12 meses	1	9	7	1	0	18	
	entre 13 y 60 meses	0	27	15	0	0	42	
	entre 61 y 120 meses	0	5	4	0	0	9	
	mas de 120 meses	0	10	5	0	0	15	

**Qué tipo de contrato de trabajo tiene \* gradodediscapacidad**

	GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P(valor)	
	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema			
Qué tipo de contrato de trabajo tiene	A termino fijo	0	14	9	1	0	24	,006
	A termino indefinido	1	15	4	0	0	20	
	Sin contrato	0	59	86	23	1	169	
	Otro	0	1	2	0	0	3	

**Condiciones de seguridad en el trabajo \* gradodediscapacidad**

	GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P(valor)	
	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema			
Condiciones de seguridad en el trabajo	Buena	1	41	19	0	0	61	0,000
	Regular	0	9	12	1	0	22	
	No Aplica	0	39	70	23	1	133	

**Niveles de ruido en el lugar de trabaja \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P(valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Niveles de ruido en el lugar de trabaja	Alto	0	6	3	0	0	9	,005
	Muy Alto	0	1	2	0	0	3	
	Medio	0	9	10	1	0	20	
	Bajo	1	34	16	0	0	51	
	No aplica	0	39	70	23	1	133	

**Está expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor) \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P(valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Está expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor)	No	0	79	94	24	1	198	,006
	Si	1	10	7	0	0	18	

**En que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P(vlaor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
En que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo	Caminando	0	9	7	0	0	16	,000
	Vehiculo particular	1	13	7	0	0	21	
	Transporte público	0	28	13	1	0	42	
	Otro	0	0	1	0	0	1	
	No aplica	0	39	73	23	1	136	

**Qué actividad realizaba antes de la discapacidad \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P(valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Qué actividad realizaba antes de la discapacidad	Sin actividad	0	18	23	5	0	46	,004
	Trabajando	0	44	42	6	0	92	
	Bucando trabajo	0	2	2	0	0	4	
	Estudiante	1	11	5	1	0	18	
	Oficios del hogar	0	8	17	10	0	35	
	Jubilado o pensionado	0	6	12	2	1	21	

**En este momento usted habita en \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P(valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
En este momento	Casa	0	66	82	19	1	168	,597
	Apartamento	1	22	17	5	0	45	

usted habita en	Cuarto	0	1	2	0	0	3
-----------------	--------	---	---	---	---	---	---

**El inmueble que está habitado en este momento es \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI P(valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
El inmueble que está habitado en este momento es	Arrendada	1	23	26	6	0	56	,794
	Pagando propia	0	12	19	4	0	35	
	Propia pagada	0	54	56	14	1	125	

**Con quién vive actualmente: Solo \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Con quién vive actualmente: Solo	No	1	87	96	24	1	209	0.719
	Si	0	2	5	0	0	7	



**Con quién vive actualmente: Pareja \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		P(valor)
Con quién vive actualmente: Pareja	No	0	45	54	17	0	116	,239
	Si	1	44	47	7	1	100	

**Con quién vive actualmente: Papá \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		P(Valor)
Con quién vive actualmente: Papá	No	1	79	91	20	1	192	,886
	Si	0	10	10	4	0	24	

**Con quién vive actualmente: Mamá \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	CHI
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		P(valor)
Con quién vive actualmente: Mamá	No	1	70	82	20	1	174	,058
	Si	0	19	19	4	0	42	

**Con quién vive actualmente: Familiares \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	Chi
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		P (valor)
Con quién vive actualmente: Familiares	No	0	12	14	2	1	29	,058
	Si	1	77	87	21	0	186	
	5	0	0	0	1	0	1	

**Con quién vive actualmente: Amigos \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Con quién vive actualmente: Amigos	No	1	87	99	24	1	212	,966
	SI	0	2	2	0	0	4	

**Recibe Servicios de Rehabilitación \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Recibe Servicios de Rehabilitación	No	1	69	57	13	0	140	,011
	Si	0	20	44	11	1	76	

**A qué factores atribuye su recuperación? Los servicios de salud y servicios recibidos \* gradodediscapacidad**

		GRADO DE DISCAPACIDAD					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
A qué factores atribuye su recuperación? Los servicios de salud y servicios recibidos	no	0	28	42	16	0	86	,024
	si	1	61	59	8	1	130	

**A qué factores atribuye su recuperación? Apoyo familiar \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
A qué factores atribuye su recuperación? Apoyo familiar	No	0	52	61	16	0	129	,474
	Si	1	37	40	8	1	87	

**A qué factores atribuye su recuperación? Empeño por salir adelante \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P(valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
A qué factores atribuye su recuperación? Empeño por salir adelante	No	0	62	76	19	1	158	,366
	Si	1	27	25	5	0	58	

**A qué factores atribuye su recuperación? A Dios \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P(valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
A qué factores atribuye su recuperación? A Dios	No	1	23	25	4	1	54	,140
	Si	0	66	76	20	0	162	

**A qué factores atribuye su recuperación? Medicina alternativa \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P(valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
A qué factores atribuye su recuperación? Medicina alternativa	No	1	87	99	24	1	212	,966
	Si	0	2	2	0	0	4	

**Tipo de rehabilitación ordenada: Medicina física y de Rh \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicina física y de Rh	No	1	84	90	22	1	198	,753
	Si	0	5	11	2	0	18	

**Tipo de rehabilitación ordenada: Psiquiatría \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Tipo de rehabilitación ordenada: Psiquiatría	No	1	89	98	22	1	211	,185
	Si	0	0	3	2	0	5	

**Tipo de rehabilitación ordenada: Fisioterapia \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Tipo de rehabilitación ordenada: Fisioterapia	No	1	72	62	15	1	151	,039
	Si	0	17	39	9	0	65	

**Tipo de rehabilitación ordenada: Fonoaudiología \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicamentos permanentes	No	1	84	81	20	0	186	,799
	Si	0	5	20	4	1	30	

**Tipo de rehabilitación ordenada: Terapia ocupacional \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		

Tipo de rehabilitación ordenada: Terapia ocupacional	No	1	85	93	22	0	201	,006
	Si	0	4	8	2	1	15	

**Tipo de rehabilitación ordenada: optometría \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Tipo de rehabilitación ordenada: optometría	No	1	86	99	22	1	209	,632
	Si	0	3	2	2	0	7	

**Tipo de rehabilitación ordenada: Psicología \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Tipo de rehabilitación ordenada: Psicología	No	1	88	93	20	1	203	,053
	Si	0	1	8	4	0	13	

**Tipo de rehabilitación ordenada: Trabajo Social \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P (valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Tipo de rehabilitación ordenada: Trabajo Social	No	1	89	99	24	1	214	,681
	Si	0	0	2	0	0	2	

**Tipo de rehabilitación ordenada: Medicamentos permanentes \* gradodediscapacidad**

		gradodediscapacidad					Total	Chi P(valor)
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema		
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicamentos permanentes	No	1	84	81	20	0	186	,006
	Si	0	5	20	4	1	30	