



DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DEL GRADO DE
DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS ESTUDIO
MULTICENTRICO MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLANTICO

TESISTAS

GIZZELLE LORENA ALBOR ALBOR
GLORIA ESTHER GONZALEZ CHAVEZ
ASTRID DOLORES NORIEGA HERNANDEZ

INVESTIGADORES –DIRECTORES

JOSE ARMANDO VIDARTE CLAROS
Doctor en Ciencias de la Actividad Física y Deporte
CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ
Doctora en Salud Pública

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE LA SALUD
GRUPO DE INVESTIGACION CUERPO MOVIMIENTO
MAESTRIA EN DISCAPACIDAD
MANIZALES CALDAS
2018

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DEL GRADO DE
DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS ESTUDIO
MULTICENTRICO MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLANTICO

TESISTAS

GIZZELLE LORENA ALBOR ALBOR
GLORIA ESTHER GONZALEZ CHAVEZ
ASTRID DOLORES NORIEGA HERNANDEZ

Informe final de investigación para optar al título de Magíster en Discapacidad

DIRECTORES

JOSE ARMANDO VIDARTE CLAROS
Doctor en Ciencias de la Actividad Física y Deporte
CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ
Doctora en Salud Pública

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE LA SALUD
GRUPO DE INVESTIGACION CUERPO MOVIMIENTO
MAESTRIA EN DISCAPACIDAD
MANIZALES CALDAS
2018

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de enriquecer mi aprendizaje y agradecer al cuerpo de docentes de la Maestría por el aprendizaje impartido, a mi grupo de compañeras Astrid y Gloria porque juntas construimos nuevos conocimientos que ayudaron a cumplir esta meta tan anhelada, agradecerle en especial a mis padres por ser un pilar fundamental en la construcción del conocimiento y el apoyarme siempre en mis metas propuestas, y por ultimo a mis hijos Dara y Daniel por sacrificar momentos valiosos en familia mientras estuve en el proceso de formación académico.

Gizzelle Lorena Albor Albor

A Dios, por su infinita bondad, a mis padres a quiénes les debo todo lo que soy por contribuir a mi desarrollo profesional. A mi madre por ser mi baluarte y apoyo incondicional, por ayudarme a construir mis sueños, por ser una mujer excepcional, aunque ya partió a la presencia del Señor sé que estás feliz de ver el éxito alcanzado. A mis hijos y a mi familia porque comprendieron que el tiempo invertido en los estudios era importante para el logro de esta meta. A mis compañeras Gloria y Gizzelle siempre apoyándome de la mejor manera a pesar de las diferentes circunstancias y adversidades.

Astrid Dolores Noriega Hernández

A Dios, por su infinita misericordia, a mis padres a quiénes les debo lo que soy por contribuir a mi desarrollo personal y profesional. A mi hijo fuente de mi inspiración por comprenderme en el tiempo invertido en los estudios profesionales. A mis compañeras Astrid y Gizzelle siempre apoyándonos juntas en este camino hacia la meta final.

Gloria Esther González Chávez

AGRADECIMIENTOS

Después de culminar nuestro informe final de Investigación, queremos dar gracias primeramente a Dios por permitirnos el aprendizaje y la oportunidad de darnos sabiduría e iluminarnos en todo momento. A las personas con Discapacidad del Municipio de Soledad, que nos permitieron conocer parte de su vida y responder con agrado nuestras preguntas. A nuestros asesores que nos apoyaron en el proceso de Investigar, a nuestras familias por el apoyo impartido en todo momento.

Tesistas

RESUMEN

Objetivo: Establecer los Determinantes Sociales de la Salud Predictores del Grado de Discapacidad en personas mayores de 18 años del municipio de Soledad Atlántico.

Metodología: Estudio descriptivo cuantitativo correlacional, se utiliza el modelo de Regresión logística Ordinal, se incluyeron para el análisis 216 personas registradas en la base de datos del DANE; la información se procesó en SPSS 24: determinantes estructurales, género, edad, nivel educativo, raza, zona de residencia, estrato socioeconómico y determinantes intermedios como trabajo y vivienda; se realizó análisis univariado, bivariado y multivariados, encuestas para obtener la información sobre lo Determinantes sociales de la salud (DSS) aplicación del WHODAS 2.0, 36 ítems para evaluar la discapacidad de las personas, el cual es acorde con los resultados. El 56% de las personas pertenecía al género masculino; el promedio de la edad fue de 45-65 años, estado civil prevalente soltero. La raza predominante, la mestiza. Estrato social predominante 2 y 1. El área de residencia es la urbana. El nivel de estudio 21.3 % termino la básica secundaria completa. El 100% de las personas tienen discapacidad física y el 36 % en la movilidad. El grado de discapacidad es del 44% moderado. La participación en la sociedad se observa con 46.3% moderado, la participación, comparado con el masculino (71,2% y 66,8% respectivamente). Se encontró asociación entre los determinantes sociales estructurales e intermedios con el grado de discapacidad, entre ellos: sexo, nivel de ingresos, no reciben pensión por discapacidad, ni rehabilitación. **Conclusiones:** los Determinantes Sociales de la Salud de este estudio fue el sexo masculino en un 56%, la edad promedio entre 45 y 65 años con un 41%. El 36.1% nunca se han casado, el estrato 2 con un 81%, pero el nivel educativo fue básica secundaria completa con un 21.3%, la raza mestiza con un 95.4%. Entre los determinantes intermedios, el ingreso mensual el 55.1% de las personas encuestadas no tienen empleo. En cuanto a la discapacidad global, el 44% las presenta moderada. **Palabras clave:** Determinantes sociales de la salud, discapacidad, inclusión, clasificación internacional del funcionamiento, escolaridad, pobreza.

ABSTRACT

Objective: To establish the Social Determinants of Health Predictors of the Degree of Disability in people older than 18 years of the municipality of Soledad Atlántico.

Methodology: Correlative quantitative descriptive study, the Ordinal logistic regression model is used; 216 people registered in the DANE database were included for the analysis; the information was processed in SPSS 24: structural determinants, gender, age, educational level, race, area of residence, socioeconomic stratum and intermediate determinants such as work and living place; Univariate, bivariate and multivariate analyzes were carried out, as were surveys to obtain information on the Social Determinants of Health (DSS), application of WHODAS 2.0, 36 items to assess people's disability, which is conceptually according to the results 56% of the people belonged to the masculine gender; the average age was 45-65 years, marital status prevalent single. The predominant race, the mestiza. The predominant social stratum 2 and 1. The area of residence is urban. The level of study 21.3% finished the complete secondary school. 100% of people have physical disability and 36% in mobility. The degree of disability is 44% moderate. Participation in society is observed with 46.3% moderate participation, compared to male (71.2% and 66.8% respectively). An association was found between the structural and intermediate social determinants with the degree of disability, among them: sex, level of income, no disability pension, or rehabilitation. **Conclusions:** The Social Determinants of Health of this study was the male sex in 56%, the average age between 45 and 65 years with 41%. 36.1% have never been married, stratum 2 with 81%, but the educational level was basic secondary complete with 21.3%, the mestizo race with 95.4%. Among the intermediate determinants, monthly income 55.1% of the people surveyed do not have a job. Regarding the global disability, 44% presents moderate. Key words: Social determinants of health, disability, inclusion, restriction of participation.

Key words: Social determinants of health, disability, inclusion, international classification of functioning, schooling, poverty.

CONTENIDO

	pág.
PRESENTACIÓN	12
1. ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	18
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. REFERENTE TEÓRICO	22
3.1 CONTEXTO DE ESTUDIO	22
3.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS).....	26
3.3 DISCAPACIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	34
3.4 INSTRUMENTO WHODAS 2.0	38
4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
4.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	41
5. METODOLOGÍA.....	50
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	50
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	50
5.3 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA ESTIMAR UNA CORRELACIÓN LINEAL	50
5.4 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES:.....	51
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	51
5.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	51
5.7 PROCEDIMIENTO.....	52
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	52
5.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	53
6. RESULTADOS	54
6.1 ANÁLISIS UNIVARIADO	54

6.2 ANÁLISIS BIVARIADO.....	63
6.3 ASOCIACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS Y GRADO DE DISCAPACIDAD.....	65
6.4 ANÁLISIS MULTIVARIADO.....	67
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	70
CONCLUSION	77
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Estadísticas de personas con discapacidad en el Municipio de Soledad	26
Tabla 2. Operacionalización de las variables	41
Tabla 3. Operacionalización de variables WHODAS 2.0	44
Tabla 4. OV de Grado de Discapacidad	49
Tabla 5. Estimadores para calcular el tamaño de la muestra.....	51
Tabla 6. Caracterización de los Determinantes sociales de la salud estructurales en los	54
Tabla 7. Caracterización de los Determinantes sociales de la salud intermedios.....	55
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por dominios del WHODAS ...	59
Tabla 9. Estadísticos descriptivos de las preguntas del WHODAS 2.0	59
Tabla 10. Estadísticos descriptivos del Grado de Discapacidad Final WHODAS 2.0.....	61
Tabla 11. Estadísticos descriptivos del Grado de Discapacidad por dominio según JWHODAS 2.0	61
Tabla 12. Prueba de normalidad para los determinantes sociales estructurales e inter	63
Tabla 13. Prueba de normalidad para la de discapacidad según el WHODAS 2.0	63
Tabla 14. Correlación entre los determinantes sociales y discapacidad por dominio y	64
Tabla 15. Resumen de las asociaciones entre los Determinantes Sociales de la Salud Estructurales con el grado de discapacidad	65
Tabla 16. Resumen de las asociaciones entre los Determinantes Sociales de la Salud Intermedios con el grado de discapacidad.....	65
Tabla 17. Variables en la ecuación.....	67

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud OMS 2011	27
Figura 2. Modelo de Determinantes de la Salud de Dahlgren y Whitehead (1991).....	29

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Sintáxis de puntuación del whodas 2.0	90
Anexo 2. Instrumento de recolección de información.....	92
Anexo 3. Cuestionario del whodas 2.0.....	97
Anexo 4. Sintaxis de puntuación del whodas 2.0	101
Anexo 5. Asociación entre los determinantes estructurales y el grado de discapacidad....	104
Anexo 6. Asociación entre los determinantes intermedios y el grado de discapacidad	108

PRESENTACIÓN

Se presenta el informe final de investigación para obtener el título como Magíster en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales. Este trabajo hace parte del Macroproyecto titulado *Determinantes Sociales de la Salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años en el Municipio de Soledad Atlántico*, Macroproyecto adscrito a la línea de investigación de Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud del Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento de la UAM de la Maestría en Discapacidad en seis (6) ciudades; para la evaluación de los Determinantes Sociales de la Salud predictores del grado de discapacidad, esta investigación utilizó como instrumentos el WHODAS 2.0, desarrollado por la OMS, cuentan con comprobadas propiedades psicométricas, adaptados y validados al idioma español los cuales pueden utilizarse no solo con fines investigativos sino también, en instituciones de salud, de rehabilitación y de gobierno que deseen medir estos constructos en determinados grupos poblacionales para la toma de decisiones informadas.

1. ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Según la OMS (1) 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.

La desigualdad creciente entre el estado de salud de los países del mundo llevó a que la Organización Mundial de la Salud (2), se crea la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud (CDSS) con el objetivo de reunir evidencias científicas 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.

Según la OMS (3), dentro de un país existen las desigualdades sanitarias (inequidades en salud), las cuales han sido 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. Esta situación es el resultado de una combinación de pobres políticas y programas sociales, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.

La Comisión (4), manifiesta que:

“La mala salud de los pobres, es 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 Municipios) 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” (p.14).

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 (5), utilizan 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. Incluye 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) (Cerquera, 6).

De acuerdo a lo expuesto por Aparicio (7), la Discapacidad es el producto de una compleja intersección entre el estado de salud de la persona y los factores contextuales, es decir Discapacidad no simplemente presume las deficiencias de las funciones y estructuras

complejas sino que, está en intersección con los factores contextuales los cuales pueden dar a lugar algunas limitaciones en la actividad y restricción en la participación. Lo que evidencia que la Discapacidad no es un fenómeno aislado, sino que hay relación con elementos macros y micros.

Para fines del siglo XX la Organización Panamericana de la Salud calculó que unos 83 millones de personas con discapacidad vivían en la región de las Américas, y 53 millones de ellas en Latinoamérica y el Caribe. En cuanto a esta última región la información sobre la discapacidad es limitada, así como en la mayoría de los países en desarrollo. 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 (6).

Esta situación expresada por Aparicio (7), 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. 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% (9).

Unos 600 millones de personas en el mundo presentan algún tipo de discapacidad, el 80% de ellas vive en países de bajos ingresos y la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de rehabilitación (10). En Colombia, según el DANE realizó el censo poblacional en el cual se indagó tratando de conocer el total de la población con discapacidad, los resultados arrojados muestran 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 (11).

El Ministerio de Salud de Colombia (12) en el año 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. El censo poblacional del DANE (73) estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente (1.9% de la población de entonces) presentaba discapacidad (13). Por otra parte, el censo realizado en el 2005 estimó una tasa de prevalencia de discapacidad del 6,4% para la población general basada en las personas que reportaron mínimo una limitación permanente para realizar alguna actividad de la vida diaria (11).

Según los datos presentados por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe (59) en Colombia durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se obtuvieron 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. 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.

Por otra parte, el análisis que realizó en el mismo documento la Fundación Saldarriaga Concha (14) y la Fundación Santa Fe de Bogotá respecto al módulo acerca de discapacidad de la Encuesta Nacional de Salud 2007 del Ministerio de la Protección Social en la cual se analizan determinantes de funcionamiento y discapacidad sentida de acuerdo a la severidad de las dificultades, así como algunos determinantes sociodemográficas, muestra que del

total de encuestados, el 47,5% de la población fueron hombres y 52,5% mujeres en los cuales prevalecen las dificultades de tipo leve y moderada, siendo las dificultades para bañarse, vestirse y mantener una amistad, las que más sobresalen.

La distribución por sexo de las personas que respondieron tener algún grado de dificultad, muestra que en el caso de las mujeres se presentan en mayor proporción las dificultades para realizar bien las actividades de la casa y estar de pie durante largos periodos de tiempo. Con respecto al estado de salud durante los últimos treinta días, las personas con dificultades extremas para bañarse y vestirse son quienes presentan reportan percibir el peor estado de salud en los últimos 30 días, en comparación con las personas que presentan dificultades leves o moderadas (14). (15)

En cuanto a la discapacidad en términos de limitaciones permanentes estos estudios muestran como al caracterizar las alteraciones permanentes de acuerdo con el número de personas en el registro, se observa que las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo fueron las más frecuentes con un 48.8% seguidas por las del sistema nervioso con el 41.7% y la visión con 40.9%. De igual forma el 30.5% refirió las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como aquella que más le afectaba, seguidas por el sistema nervioso 20.5% y el sistema Cardiorrespiratorio y las defensas con 14.9% (9).

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. (14).

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 (10, 15). Bajo este contexto se plantea la siguiente pregunta de investigación.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud predictores del grado discapacidad en personas mayores de 18 años en el Municipio de Soledad Atlántico?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Marmot et al. (3) y Cruz-Velandia et al. (16) expresan que el análisis de los problemas de 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 de la epidemiología.

En este sentido Marmot et al. (3) y Cruz-Velandia et al. (16), han demostrado que el campo de conocimiento de los determinantes sociales y económicos tiene como fundamento el análisis de las inequidades, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas; 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.

El propósito principal de esta investigación fue determinar la relación entre los diferentes Determinantes Sociales de la Salud y la discapacidad en población del Municipio de Soledad Atlántico participantes en el estudio. El conocimiento de la relación que cada uno de los determinantes sociales de la salud analizados tiene con el grado de discapacidad, se constituye insumo importante para la propuesta e implementación de políticas públicas que propendan por adecuados procesos integrales y de inclusión social para esta población.

Se realizó un estudio que 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 WHODAS 2.0), permitió conocer la relación entre las variables analizadas.

El desarrollo de este trabajo es un aporte para el Municipio de Soledad, el cual permitirá una mejor comprensión de la relación estrecha entre los determinantes de la salud, tales como: como la edad, el sexo, el estrato Socioeconómico, nivel educativo, los ingresos económicos con respecto a la Discapacidad con base en los programas de la salud como fisioterapia, medicina, salud ocupacional, enfermería, psicología, educadores físicos, áreas afines y las personas con discapacidad que son los principales beneficiarios con los resultados de esta investigación; los cuales permitirán orientar los trabajos terapéuticos y de promoción de la salud, para que puedan ser implementados en instituciones de la salud y en los trabajos interdisciplinarios en pro de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Por consiguiente, este proyecto se constituirá en un importante avance en esta área mediante herramientas claves que orienten 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 personas con discapacidad.

La utilización del WHODAS 2.0 como instrumento de evaluación de la discapacidad permitió realizar una valoración integral, en especial la limitación de la actividad y restricción con los participantes de este estudio y así la relación a establecer posibilitará conocer la influencia de las variables y de igual manera reconocer cuales variables de los determinantes sociales de la salud pueden ser factores predictores de la discapacidad. El WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico, que mide la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. Este capta el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida (17).

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

La utilización del WHODAS 2.0 permite guiar las intervenciones terapéuticas y estrategias de gestión, porque sus resultados posibilitan predecir si la persona puede trabajar y llevar a cabo 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. Este proyecto se articula con la línea de investigación “Funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud” perteneciente al grupo de investigación Cuerpo Movimiento de la Universidad Autónoma Manizales, porque va dirigido a la valoración del grado de Discapacidad y su relación con las 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 radica 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 el Municipio de Soledad Atlántico y permitirá conocer los antecedentes y avances investigativos sobre Determinantes Sociales de la Salud y Discapacidad, específicamente desde parámetros descriptivos a partir del censo DANE (73) del año 2005, en el cual se realizó una caracterización y localización de las personas con discapacidad, pero aún no se han establecido procesos entre los determinantes sociales de salud y el grado de discapacidad a partir del WHODAS 2.0.

Este proyecto fue elaborado por un grupo de profesionales capacitados (estudiantes de la maestría de Discapacidad cohorte I y II), profesores investigadores con suficiente experiencia en la temática y con recursos científicos y tecnológicos para la realización del proyecto.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los determinantes sociales de la salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años en el Municipio de Soledad Atlántico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los Determinantes Sociales de la Salud estructurales e intermedios en las personas con discapacidad en mayores de 18 años en el Municipio de Soledad Atlántico.
- Caracterizar el grado de discapacidad de las personas mayores de 18 años en el Municipio de Soledad Atlántico.
- Relacionar los determinantes sociales de la salud con el grado discapacidad en las personas mayores de 18 años en el Municipio de Soledad Atlántico.
- Establecer un modelo predictivo de regresión logística ordinal de discapacidad a partir de los Determinantes Sociales de la Salud.

3. REFERENTE TEÓRICO

3.1 CONTEXTO DE ESTUDIO

La caracterización general de la población del municipio de Soledad según el DANE (41), en el año 2015 fue de 615.492 habitantes con el 25,01% de la población del Departamento, lo cual los ubica como el segundo municipio con mayor población del departamento después de Barranquilla. De este importante número el 99,91% habitan en la cabecera municipal y 0,10% en la zona rural, lo cual demuestra su vocación eminentemente urbana debido al fuerte fenómeno de macrocefalia que presenta el Departamento del Atlántico, ocasionado por el jalonamiento poblacional de Barranquilla.

Soledad es un municipio joven y con un gran potencial del recurso humano, según el DANE (41), del total de la población de Soledad el 49,49% son hombres y el 50,51% mujeres. La población adulto mayor representa un 8,34% de la población de Soledad, con un 45,77% hombres y 54,23% mujeres. La población potencialmente activa equivale al 63,84% y la población inactiva representa el 36,17%.

Así mismo, afirma el DANE (41), Soledad es un municipio del departamento del Atlántico que forma parte del área metropolitana de Barranquilla y su fundación se remonta al 8 de marzo de 1598. Soledad fue campo de batalla en 1860 entre los ejércitos liberales y conservadores. Se estima que tiene una población de 648.949 habitantes. Soledad, ocupa el sexto lugar en cuanto a población en Colombia y el tercero en la región Caribe, después de Barranquilla y Cartagena.

El municipio de Soledad está localizado con respecto a la latitud, en el hemisferio norte y en la zona intertropical o tórrida y, con respecto a la longitud, está a 5 horas de diferencia del meridiano de Greenwich. Según el DANE (41) tiene una extensión 67 km², equivalentes a 6.700 hectáreas. Su extensión equivale, igualmente, al 1,97% de la extensión total del departamento del Atlántico. Desde el punto de vista geográfico con base en la Alcaldía de Soledad (42) el municipio de Soledad limita por el norte con el distrito especial de

Barranquilla, siendo el lindero el arroyo Don Juan; por el sur con Malambo; por el oriente con el departamento del Magdalena, del cual está separado por el río Magdalena; y por el occidente con Galapa. La Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 5 m Temperatura media: 27 - 28 °C. La distancia de referencia: a 3 kilómetros de Barranquilla (el arroyo "Don Juan" se constituye como frontera natural con el Distrito). La principal fuente hídrica del municipio de Soledad según él es el río Magdalena, que bordea todo el municipio al oriente. También fluyen por su territorio varios caños y arroyos en sentido del occidente – oriente a desembocar al río Magdalena. Los arroyos más significativos son el Don Juan, El Salao y El Platanal, el caño Soledad.

El DANE (41) manifiesta que la población del municipio de Soledad está distribuida en el sector urbano (el 98% de la población habita en la cabecera), solo el 2% restante habita en la poca zona rural que existe en el municipio. Está conformado por aproximadamente. 191 barrios y la zona rural poca zona rural está conformada por la vereda Isla Cavica y fincas que se encuentran al Suroccidente, en límites con los municipios de Galapa y Malambo, las tierras del municipio son planas, pero cerca al río Magdalena son cenagosas.

Así mismo el Periódico El Heraldó (43) afirma que el principal recurso natural del municipio de Soledad, es el Río Magdalena, que baña toda la margen oriental de sus tierras ofreciendo además todo su potencial ictiológico (diversidad de peces).

La Alcaldía de Soledad (42) afirma que la economía en el Municipio se caracteriza por el gran conglomerado de industrias que desarrollan fundamentalmente actividades como la farmacéutica (BAYER) y la de generación de energía termoeléctrica. Según los estratos, la población presenta las siguientes características.

Estrato 1	bajo-bajo	39.1%
Estrato 2	bajo	39.0%
Estrato 3	medio-bajo	21.9%

Las características socioeconómicas del Municipio según la Alcaldía de Soledad (42) son bastante complejas por su alto nivel de pobreza (78.1% entre estratos 1 y 2), explicable por el alto volumen de población desplazada por la violencia de nuestro País y por un alto porcentaje de la oferta de programas de viviendas de interés social como consecuencia de la poca o nula disponibilidad de terrenos en el Distrito, para este tipo de proyectos. Adicionalmente presenta un desequilibrio en materia de servicios sociales en general, particularmente educación y salud donde es casi nula la presencia de estas instituciones al sur occidente del Municipio. La ausencia de un plan regulador en materia del trazado vial y el crecimiento urbano incontrolado, desordenado, ha conllevado a una desarticulación en los procesos de movilidad intermunicipal, que generan acciones tendientes a la desintegración físico espacial del territorio.

La problemática ambiental dentro del Municipio según la Alcaldía de Soledad (43), incluye el déficit en materia de educación ambiental; la inundación generada por los arroyos Don Juan, Platanal y el Salao; la inadecuada disposición de las aguas residuales domésticas e industriales; la deficiente recolección y disposición de los residuos sólidos; la contaminación sonora y electromagnética en las zonas residenciales; el impacto negativo de los asentamientos informales y/o subnormales. El municipio debe intensificar sus esfuerzos en optimizar servicio de suministro de agua potable y alcantarillado a la población más vulnerable, prioritariamente al sur occidente. Así mismo presentar estrategias para mejorar y ampliar el servicio de aseo, tanto en la recolección como la disposición final de los residuos sólidos. Un hecho que repercute directamente en el incremento de la población es el gran número de desplazados que se han asentado en Soledad, se estima que el municipio ha recibido cerca de 80 mil desplazados por la violencia, personas del suroccidente de Barranquilla y población vulnerable del resto del departamento. La explosión demográfica incide en los altos índices de pobreza, ya que son muchas las necesidades y pocos los recursos, con que se cuenta.

De acuerdo al documento CONPES (45), en Colombia existe una menor incidencia en los hogares con necesidades básicas insatisfechas en aquellas ciudades que presentan densidades urbanas medias y altas. Pero este fenómeno es contrario en el municipio; debido

a la prevalencia de una economía de tercer nivel no moderna, a la existencia de unas industrias y servicios sin sentido de pertenencia local y el predominio de una población de pocos ingresos perteneciente a los estratos 1 y 2. La alta densidad demográfica ha generado un deterioro en la calidad física de la vida urbana, donde hay deficiente conectividad y poca accesibilidad; el déficit en la cobertura y calidad de los servicios públicos, y precarias condiciones ambientales del entorno.

El proceso de expansión físico de acuerdo con la Alcaldía (42) de las ciudad principalmente se debe a dos (2) factores, Soledad fue la receptora de buena parte de los programas de vivienda de interés social de estrato 1 y 2 del Área Metropolitana de Barranquilla y del Departamento; y por otra parte las invasiones originadas por la población sometidas al desplazamiento forzado y al crecimiento informal e interno del municipio, con la carencia de un control urbanístico e institucional, trajo consigo una acelerada expansión y ocupación de los terrenos fronterizos entre Barranquilla y Soledad y el suroccidente de la ciudad. Las líneas de pobreza el municipio de Soledad, no solo ha recibido la influencia de población y migración del área metropolitana sino también de los departamentos de la región de la costa Caribe y es uno de los más afectados por las migraciones de familias desplazadas por la violencia, muy a pesar analizando el comportamiento del NBI (índice de Necesidades Básicas Insatisfechas) en el área metropolitana tiene un 4.86% de NBI, comparado con Puerto Colombia que tiene un 6.59%, sitio que por su tendencia es donde el Distrito de Barranquilla tiene la preferencia de crecimiento de asentamientos de mejores ingresos. El municipio de Santo Tomas tiene un 5.88% y Juan de Acosta un 4.46%, Baranoa con el 5.11%.

Con base en el Acuerdo 000145 de julio 30 de 2011, por medio del cual se adopta la política pública de discapacidad para el municipio de soledad (2011-2021) del Ministerio de Salud (40) con el actual alcalde de Soledad Joao Herrera lanzó el programa “Soledad Incluyente” que beneficia a 300 menores en condición de discapacidad física o mental con la participación de la Primera Gestora Social de Paz, Alba Olaya de Herrera, y el Secretario de Gobierno del municipio, Jorge Bolaño. El proyecto será ejecutado por la Fundación para el Progreso y Desarrollo Social, Funprodes. Los menores incluidos en el programa son en

su mayoría hijos de personas que han sido víctimas de la violencia, por eso 2 miembros de cada núcleo familiar podrán acceder a las capacitaciones y los talleres psicosociales, cuyo objetivo es brindarles una mejor calidad de vida a los menores y sus allegados.

Según las estadísticas de personas con Discapacidad en el Municipio de Soledad se presenta la siguiente base de datos según edades suministrada por la Secretaria de Salud (46). En la tabla 1 se muestra las estadísticas de personas con discapacidad en el municipio de Soledad.

Tabla 1. Estadísticas de personas con discapacidad en el Municipio de Soledad

Tipo de discapacidad /años	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 44	45 a 59	Sin información
Movilidad	15	29	27	139	101	88
Enanismo						
No lo sabe nombrar	3	4	1	3	1	1
Múltiple	21	40	90	14	14	11
Sensorial Auditivo	2	9	5	51	10	3
Sensorial Visual	3	4	10	32	20	25
Sensorial Gusto-Olfato-Tacto	1	4				
Sistémica	1		5	32	17	12
Mental Cognitivo	26	92	116	271	28	7
Mental Psicosocial	2	4	3	32	14	13
Voz y habla						
	74	186	257	574	205	160

Fuente: información suministrada por la Alcaldía de Soledad

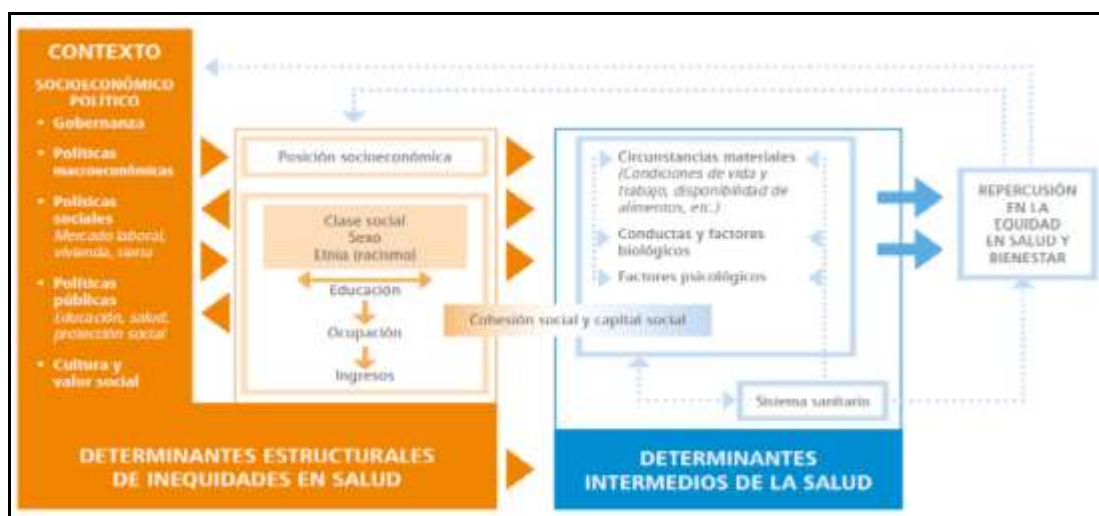
3.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

Para Granada (14), 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 según Aparicio (7), 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.

A las Determinantes Sociales de la Salud (DSS), según Cerquera (6) hacen 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 (8). 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 según Aparicio (7) 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 para

Granada (14) establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos.

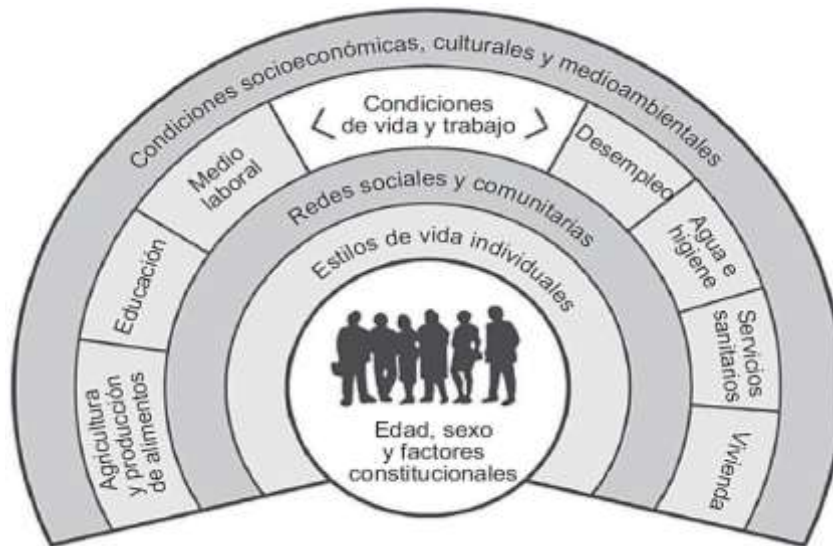
En la segunda columna del mapa conceptual según Aparicio (7), se encuentran los aspectos principales de jerarquía que definen la estructura social y las relaciones de clase dentro de la sociedad, son características que se relacionan íntimamente con la distribución del poder, el prestigio y los recursos. Granada (14) manifiesta que 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 o la etnia/raza influyen en las desigualdades de salud. Estratificar los grupos sociales por ingreso, género, etnia, educación, ocupación u otros determinantes conlleva a la creación de desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo.

En la tercera columna Aparicio (7), sitúa 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.

El modelo de Dahlgren y Whitehead (11), adoptado por Acheson, 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. En la figura 2 se muestra el Modelo de determinantes de salud.

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.

Según la OMS (2), la discapacidad es un importante problema de salud. 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.

La discapacidad de acuerdo con el Ministerio de Salud (12), es una condición que afecta a todas las personas que la padecen; además, impacta en su entorno familiar y social, porque limita su capacidad para trabajar y vivir de forma independiente. Sin embargo, no existe información disponible que permita caracterizar la población con discapacidad; sólo se cuenta con la información derivada del censo de 2005, la ENS 2007 y el Registro de Discapacidad.

El DANE (72), según el censo del año 2005, evidencia la prevalencia de personas con una limitación 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.

En las personas registradas según el DANE (72), 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%) (Gómez, 2010). 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.

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 el Congreso de la República (72) 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” (ONU. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad).

Bajo estas consideraciones, el Plan Decenal de Salud Pública (13) 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.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad con base en el Ministerio de Salud (8), 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.

Es importante recordar que el Plan Decenal de Salud Pública (13) 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. Dentro de los componentes que dicta el Plan Decenal Pública (13), se encuentran dos (2) importantes aspectos relevantes para esta investigación:

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 (12, 17).

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 la enfermedad 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.

Finalmente es importante mencionar que el Ministerio de Salud (10) en su Ley Estatutaria 1618 de 2013 garantiza el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Después de ser revisada por la Corte Constitucional, es promulgada la Ley estatutaria 1618 de 2013, que establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. El objeto de esta Ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, 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 (73).

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 (73), 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.

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 (19), planteó que del 7% al 12% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad; y en Colombia, según el DANE (63) en el año 2005, la población con discapacidad era del 12%, del cual el 60% correspondía a discapacidad física y sensorial.

Teniendo en cuenta estas cifras 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 como lo mencionan Hurtado & Agudelo (74). Es así como a finales de los años 70 según Puig (9) 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.

La OIT (75), calcula que en el mundo hay unos 386 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar. Son personas que tienen el potencial necesario para incorporarse al mercado laboral y contribuir al desarrollo de sus países como empleados, trabajadores independientes o empresarios, y que desean hacerlo, 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.

Otras razones sobre las personas con discapacidad según Hurtado (74) que no han tenido acceso a la educación y a la formación profesional; es porque los servicios de ayuda que requieren no se encuentran disponibles. Cerquera et al. (6), afirman que 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.

A nivel investigativo sobre discapacidad, se encuentra Cruz & Hernández (16) realizaron un estudio sobre la *Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes*, en donde muestran los avances de investigación de su proyecto titulado “*Magnitud de la Discapacidad en Colombia*” cuyo fin es la formulación de un Índice de Discapacidad Humana, que permite conocer la dimensión y el impacto de la discapacidad en Colombia, en donde plantearon una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad entre dichos factores.

3.3 DISCAPACIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

Fiorati (21) 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.

A nivel nacional también se encontraron importantes aportes investigativos en cuanto a discapacidad y determinantes sociales de la salud se refiere, es así como Vélez et al. (24) en su artículo de Investigación “*Determinantes sociales de la salud y discapacidad, Tunja*

2012”, donde estableció la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y su relación directa con la discapacidad en la Municipio 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 y carecen de trabajo.

En la Municipio Santiago de Cali, Vélez et al. (23) hicieron parte del estudio multicéntrico denominado “*Determinantes sociales de la salud y discapacidad*” con seis Municipios de Colombia, en dónde se estableció la relación entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad encontrando 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. El 100% tienen al menos una deficiencia y una discapacidad y el 25% presentan restricción en la participación.

En la Municipio de Barranquilla Vélez & Vidarte (24) desarrollaron un trabajo de investigación titulado “*Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género*”, en donde se presentaron porcentajes similares en cuanto a género, el promedio de edad fue de $38 \pm 19,6$ años. La mayoría de las personas no tiene ningún nivel educativo, son de raza mestiza y vive en la cabecera, además de pertenecer al estrato 1 y 3. Cerca del 19% recibe algún ingreso económico mensual. Se puede afirmar, por tanto, 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.

Cerquera et al. (6) realizaron un artículo de investigación titulado “*Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de*

Manizales, Colombia”, se encontró que el sexo fue uno de los determinantes estructurales de mayor prevalencia en las personas con discapacidad incluidas en el registro. Las deficiencias y limitaciones permanentes son más prevalentes en el sexo femenino, en tanto que se comprobó que a medida que se incrementa el ingreso aumenta la probabilidad que tanto hombre como mujeres presenten un mejor estado de salud, sin embargo, la probabilidad, es aún mayor para los hombres que para las mujeres. Se encontró que si bien el sexo masculino es quien presenta mayor frecuencia de enfermedades profesionales (103 registros) la principal causa a la que se atribuye la deficiencia es la enfermedad general (25.4 %) y no el conflicto armado (0.2 %), siendo este el porcentaje más bajo de todas las causas de las personas registradas en Manizales.

Cerquera et al. (6) en su investigación mostraron que los dos rangos de edad con mayor porcentaje de personas con deficiencias y limitaciones fueron de 0 hasta los 14 años de edad (21 %), y de los 65 años en adelante (58.7 %), los datos sugieren que la discapacidad se concentra en el grupo de mayores de la adultez media y la vejez, lo cual podría responder a la transformación poblacional en términos del aumento paulatino que ha tenido este grupo etario en las últimas décadas. En lo que al determinante educación se refiere para el municipio de Manizales, se encontró que un alto porcentaje de las personas con discapacidad registradas tienen niveles educativos bajos y otros ni siquiera han accedido a la educación formal. También, los resultados de la presente investigación arrojaron que en su mayoría son adultos mayores de 65 años los que presentan discapacidad, y por su condición unida al proceso natural de envejecimiento pueden presentar mayores probabilidades de tener problemas de salud.

Con respecto a vivir en zona urbana y contar con mejor estado de salud, Cerquera et al. (6) encontraron que, la mayoría de personas con discapacidad viven en la cabecera municipal en Manizales. Por otro lado, frente a los determinantes intermedios, particularmente el tipo de afiliación a SGSSS en Manizales, un alto número de la población del RLCPD está afiliada al régimen subsidiado. La esfera laboral de las personas del registro presenta también datos preocupantes, en tanto que con todo lo dicho puede entenderse que la incapacidad permanente para trabajar sin pensión reduce la posibilidad de obtener mejores

condiciones económicas y de salud, e igualmente dificulta el ascenso en la estructura social, aunado a ello, cabe resaltar que la principal causa por la cual las personas del RLCPD no recibe rehabilitación es la falta de dinero.

En cuanto al determinante intermediario barreras Cerquera et al. (6), en Manizales priman las barreras arquitectónicas en calles y vías, situación que invita a prestar mayor atención a los espacios públicos y la accesibilidad, en cuanto al seguimiento que debe darse a la normatividad existente para construcción y urbanismo, lo que debe ir de la mano de un diseño universal que permita a todos por igual el uso de distintos espacios, pues se constituye de lo contrario en limitante para la participación social.

Vanegas & Gil (35), en su investigación *“La Discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial”* enfocaron la discapacidad como un sistema conceptual con variaciones, marcando a las personas con discapacidad desde una determinación llevada a la normalidad, castigo, deformidad, no aceptación hasta la nominación como elemento agregado personas y no como una características de ellas. La existencia de múltiples modelos sobre la discapacidad, medico, biológico Vanegas & Gil (35), la consideran como un problema de la persona cuya causa es una enfermedad, trauma o alteración en la salud los cuales requieren cuidados y tratamientos médicos.

La discapacidad para Vanegas & Gil (35), cuenta con modelos sociales que definen el entorno de las personas con discapacidad que está construido por el hombre, es por esto que Humphrey manifiesta que las barreras físicas y sociales, los estereotipos y las actitudes se convierten directamente en factores responsables de las desventajas que experimentan las personas o como lo manifiesta Hahn (37): “El problema radica en el fracaso de sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de las sociedad”. Son importantes las intervenciones sociales y de responsabilidad exclusivas del entorno, conllevando a la búsqueda y adecuaciones que faciliten una participación de las personas con discapacidad.

Según el modelo “grupo minoritarios” planteado por Barnes (38) en las teorías sobre la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental una visión de discapacidad como clase oprimida, donde realiza una severa crítica al rol de desempeño por los profesionales y la defensa de carácter político mas que científico.

3.4 INSTRUMENTO WHODAS 2.0

El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud WHODAS 2.0 (27) 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 (39). 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. WHODAS 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. WHODAS 2.0 capta el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida:

- 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 WHODAS 2.0, una versión de 36 preguntas, otra de 12 y otra de 12+24 (25). 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 WHODAS 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 fue de 20 minutos.

Versión de 12 preguntas. La versión de 12 preguntas de WHODAS 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 WHODAS 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 realizó 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 WHODAS 2.0 Evalúa la discapacidad en personas de 6 años o más.

Se diferencia de otras medidas de salud y discapacidad en que la versión de 36 ítems es la versión más recomendada por el WHODAS 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. WHODAS 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 WHODAS 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.

4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

4.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Tabla 2. Operacionalización de las variables

Variable	Indicador	Valor final Categorías	Tipo de variable	Fuente de Información	Tipo - 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 6-Divorciado	Cualitativa Nominal Politémica	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 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	Cualitativa ordinal	Encuesta	Estructural
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	No trabajan Menos de 1 SMLV Entre 1 y 3 SMLV Más de 3 SMLV	Cuantitativa de razón	Encuesta	Intermedio
	Horas trabajadas al mes referidas por el encuestado	Entre 1 y 80 Entre 81 y 160 Más de 160	Cuantitativas de razón continuas	Encuesta	Intermedio
	Tipo de contrato de trabajo referido por el encuestado	1-A termino fijo. 2-A término indefinido. 3-Sin contrato 4-Otro	Cualitativa nominal politómica.	Encuesta	Intermedio
	Seguridad en el trabajo	1-Buena. 2-Regular. 3-Mala 4- No aplica	Cualitativa ordinal	Encuesta	Intermedio
	Niveles de Ruido	1-Muy Alto 2-Alto 3-Medio 4-Bajo 5-No Aplica_	Cualitativa ordinal	Encuesta	Intermedio
	Exposición a la temperatura	1-Si 2_No	Dicotómica	Encuesta	Intermedio
	En que se desplaza para ir al trabajo	1-Caminando 2-Vehiculo particular 3-Tranporte publico 4- Otro (silla de rueda)	Cualitativa ordinal	Encuesta	Intermedio
	Qué actividad realizaba antes de la discapacidad	1-Sin actividad 2-Trabajando 3-Buscando Trabajo 4-Estudiando 5-Oficios del trabajo	Cualitativa ordinal	Encuesta	Intermedio
Tipo de vivienda	Espacio físico cuya de refugio y descanso	1-Casa 2-Apartamento 3-Cuarto 4-Institución pública 5-Institución privada 6-Calle 7-Otro tipo de vivienda	Cualitativa ordinal	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 ordinal	Encuesta	Intermedio
Número de personas en el hogar	Total, de personas que comparte la misma vivienda.	Número absoluto	Cuantitativa de razón	Encuesta	Intermedio
Con quien vive actualmente	Personas con quien vive actualmente	1-Solo 2-Pareja 3-Papa 4-Mama 5-Familiares 6-Amigos 7-Otros	Cualitativa ordinal	Encuesta	Intermedio

Utilización de ortesis y/o prótesis	Tipo de ortesis 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	Intermedios
	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	Intermedios
	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 permanentes 10-Otro tipo de Rh 11-Ninguno	Cualitativa nominal politómica	Encuesta	Intermedio
	Asistencia actual al Rh referido por el encuestado	1-Si 2-No	Cualitativa nominal dicotómica	Encuesta	Intermedio
	Quien paga la Rehabilitación	1-SGSS 2-Familia 3-Personalmente 4-ONG 5-Empleador 6-Otro	Cualitativa nominal politómica	Encuesta	Intermedio
	Porque no Recibe rehabilitación	1-Ya termino la rehabilitación. 2-Cree que ya no lo necesita. 3-No le gusta. 4-Falta de dinero. 5-Lejanía del Centro de atención. 6-No hay quien lo lleve. 7-No sabe. 8- Sin dato.	Cualitativa nominal politómica	Encuesta	Intermedio
Días sin rehabilitación		De 0 a 100 días De 101 a 200 días De 201 a 300 días De 301 a 400 días 401 a 500 días De 501 en adelante	Cuantitativa ordinal	Encuesta	Intermedio

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Operacionalización de variables WHODAS 2.0

Variable	Subvariable	Definición	Valor
COGNICIÓN	D1.1	Dificultad para concentrarse en hacer algo durante diez minutos	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D1.2	Dificultad para recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	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
	D1.4	Dificultad para aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D1.5	Dificultad para entender en general lo que dice la gente	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D1.6	Dificultad para comenzar y mantener una conversación	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
MOVILIDAD	D2.1	Dificultad para estar de pie por largos periodos como por ejemplo 30 minutos	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D2.2	Dificultad para pararse luego de	Ninguna dificultad

Variable	Subvariable	Definición	Valor
		estar sentado	Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D2.3	Dificultad para moverse adentro de su hogar	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D2.4	Dificultad para salir de su hogar	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D2.5	Dificultad para caminar una larga distancia como un kilómetro [o equivalente]	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
CUIDADO PERSONAL	D3.1	Dificultad para Lavarse todo su cuerpo (bañarse)	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D3.2	Dificultad para vestirse	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D3.3	Dificultad para comer	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D3.4	Dificultad para quedarse solo durante algunos días	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema

Variable	Subvariable	Definición	Valor
RELACIONES	D4.1	Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D4.2	Dificultad para mantener una amistad	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D4.3	Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D4.4	Dificultad para hacer nuevos amigos	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D4.5	Dificultad para realizar actividades sexuales	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	D5.1	Dificultad para Ocuparse de sus responsabilidades domésticas	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D5.2	Dificultad para realizar bien sus tareas domésticas más importantes	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D5.3	Dificultad para terminar todo el trabajo doméstico que necesitaba realizar	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa

Variable	Subvariable	Definición	Valor
			Dificultad Extrema
	D5-4	Dificultad para terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D5.5	Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D5.6	Dificultad para realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D5.7	Dificultad para terminar todo el trabajo que necesita realizar	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D5.8	Dificultad para terminar su trabajo tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
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	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D6.2	Dificultad debida a barreras u obstáculos en el mundo que lo rodea.	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D6.3	Dificultad para vivir con dignidad	Ninguna dificultad

Variable	Subvariable	Definición	Valor
		debido a las actitudes y acciones de otras personas	Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D6.4	Tiempo dedicado usted a su condición de salud, o a sus consecuencias.	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D6.5	Grado en que su estado de salud lo ha afectado emocionalmente	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D6.6	Impacto económico que su estado de salud ha tenido para usted o para su familia	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	D6.7	Dificultad que para su familia ha tenido su estado de salud	Ninguna dificultad Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Severa Dificultad Extrema
	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

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. OV de Grado de Discapacidad

Variable	Valor	Indicador	Índice
Discapacidad por dominios y global	Ninguna	0-4%	Porcentaje de discapacidad: equivalente en porcentaje de la calificación parcial (por dominios) o total obtenida en la aplicación del WHODAS 2.0 de 36 ítems.
	Leve	5-24%	
	Moderada	25-49%	
	Severa	50-94%	
	Extrema	95-100%	

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 en el Municipio de Soledad Atlántico.

Población: Total de personas con discapacidad identificadas en el Registro de Caracterización y localización de Personas con Discapacidad en el Municipio de Soledad Atlántico, 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:

5.3 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA ESTIMAR UNA CORRELACIÓN LINEAL

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

Tabla 5. Estimadores para calcular el tamaño de la muestra

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
Tamaño de la muestra (n)	85	194
Porcentaje de pérdida	0,10	0,10
Muestra ajustada a la pérdida (n`)	94	216

Fuente: Elaboración propia

5.4 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES:

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

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Personas con Discapacidad Mayores de 18 años.
- Encontrarse con disponibilidad para responder el cuestionario
- Con limitación permanente mayor de 6 meses
- La Participación debe ser voluntaria
- Diligenciamiento del consentimiento informado por el participante o su representante legal (Anexo 1)

5.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- Se realizó encuestas para obtener información sobre los DSS. (Anexo 2).

- Se aplicó el WHODAS 2.0, 36 ítems el cual es conceptualmente compatible con el modelo de la CIF (anexo 3 – Instrumento de recolección de información).

5.7 PROCEDIMIENTO

- a) Se hizo contacto con Secretarías de Salud Municipal o de Desarrollo Social, y entidades que trabajan con discapacidad y para obtener datos de la población con Discapacidad.
- b) Se realizaron los consolidados de las pruebas con instrumentos de recolección de información.
- c) El instrumento de recolección de información de acuerdo a la prueba piloto se ajustó.
- d) Se realizó reclutamiento de los participantes del estudio, según la muestra calculada.
- e) Se tomó la aceptación y firma del consentimiento informado.
- f) Se realizaron encuesta presencial a la muestra para evaluar los DSS.
- g) Se aplicó el instrumento del WHODAS 2.0 por parte de los investigadores.
- h) Se realizó la sistematización, tabulación y análisis de información.
- i) Se realizaron análisis y discusión de resultados.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación cumplió con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki (47) de la Asociación Médica Mundial, no se realizaron procedimientos que atenten contra la integridad física y moral de las personas, se empleó una encuesta donde se realizó la caracterización de la discapacidad y se indagó por 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 estuvo basado en el análisis de características y esto no afectó el comportamiento de los participantes y no se incurrió en mediciones éticamente reprochables. La información recogida se utilizó 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, ninguna de las actividades realizadas a las personas encuestadas aparece sin firma en el presente documento.

5.9 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 (49), donde se tuvo presente que un coeficiente de correlación de 0,2 se considera una correlación insignificante. Mientras que ara 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.

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

Tabla 6. Caracterización de los Determinantes sociales de la salud estructurales en los participantes

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	95	44
	Masculino	121	56
Edad	Menor de 45 años	64	30
	Entre 45 y 65 años	89	41
	Mayor de 66 años	63	29
Estado Civil	Soltero	78	36,1
	Casado	56	25,9
	Separado	30	13,9
	Divorciado	2	0,9
	Viudo	27	12,5
	Unión libre	23	10,6
Estrato Social	1	40	18,5
	2	175	81
	3	1	0,5
	4	0	0
	5	0	0
	6	0	0
Área	Urbana	213	98,6
	Rural	3	1,4
Nivel Educativo	Ninguno	14	6,5
	Preescolar incompleto	3	1,4
	Básica primaria incompleto	2	0,9
	Básica primaria Completo	30	13,9
	Básica secundaria incompleto	30	13,9

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
	Básica secundaria completo	46	21,3
	Técnico o Tecnológico incompleto	41	19
	Técnico o Tecnológico completo	5	2,3
	Universitario sin título	19	8,8
	Universitario con título	6	2,8
	Post grado incompleto	19	8,8
	Post grado completo	1	0,5
Etnia	Negro	9	4,2
	Indígena	1	0,5
	Mestizo	206	95,4

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior, el estudio se realizó en el municipio de Soledad Atlántico, participaron 216 personas, presenta la caracterización de los determinantes sociales de la salud estructurales, donde se puede observar que la población en estudio se concentra mayormente en el área urbana, en mayor porcentaje son de sexo masculino, la mayor concentración de las personas está en el rango de 45 a 65 años seguida de los menores a 45 años, la media de la edad fue de 54 años +- 18 años, la mayoría son solteros, ubicados en estrato 2, con estudios de básica secundaria completa y con estudios técnicos o tecnológicos sin terminar; así mismo en cuanto la etnia son mestizos.

Tabla 7. Caracterización de los Determinantes sociales de la salud intermedios

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Ingreso mensual promedio	No trabajan	119	55,1
	Menos de 1 SMLV	56	25,9
	Entre 1 y 3 SMLV	35	16,2
	Más de 3 SMLV	6	2,8
Pensión por discapacidad	No	190	88,0
	Si	26	12,0
Horas de trabajo	Entre 1 y 80 horas mes	159	74
	Entre 81 y 160 horas mes	28	13
	Más de 160 horas mes	29	13
Cuantos días lleva trabajando	De 0 a 200	166	77

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
	De 201 a 400	39	18
	De 401 a 600	8	4
	Más de 600	3	1
Tipo de contrato	A término fijo	7	3,2
	A término indefinido	4	1,9
	Sin contrato	187	86,6
	Otro	18	8,3
Seguridad en el trabajo	Buena	21	9,7
	Regular	32	14,8
	Mala	13	6,0
	No Aplica	150	69,4
Niveles de ruido	Alto	15	6,9
	Muy alto	2	0,9
	Medio	29	13,4
	Bajo	22	10,2
	No aplica	148	68,5
Exposición a temperaturas	No	185	85,6
	Si	31	14,4
En que se desplazaba para ir al trabajo	Caminando	10	4,6
	Vehículo particular	11	5,1
	Transporte Público	35	16,2
	Otro (silla de Ruedas)	19	8,8
	No aplica (no se desplazan, no trabajan)	141	65,3
Qué actividad realizaba antes de la discapacidad	Sin actividad	62	28,7
	Trabajando	95	44,0
	Buscando trabajo	3	1,4
	Estudiando	9	4,2
	Oficios del hogar	25	11,6
	Jubilado o pensionado	2	0,9
	Otro	11	5,1
	No Aplica	9	4,2
En este momento Ud. habita en:	Casa	191	88,4
	Apartamento	24	11,1
	Cuarto	1	0,5
El inmueble que está habitando en este momento es:	Arrendada	34	15,7
	Pagando propia	53	24,5
	Propia pagada	111	51,4
	Otra condición	18	8,3
Número de personas con quien comparte la vivienda	Menos de 4	67	31
	Entre 4 y 6	112	52
	Más de 6 personas	37	17
Con quien vive actualmente	Solo	4	1,9
	Pareja	48	22,2
	Papa	25	11,6
	Mama	48	22,2
	Familiares	194	89,8
	Amigos	2	0,9

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
	Otros	216	100
Utiliza ortesis y/o prótesis	No	118	54,6
	Si	98	45,4
Cual tipo de ortesis y/o prótesis	Ninguna	118	54,6
	Bastón	18	8,3
	Prótesis rodilla	1	0,5
	Caminador	14	6,5
	Férula	3	1,4
	Muletas	9	4,2
	Break izquierdo	1	0,5
	Aparatos Ortopédicos	1	0,5
	Inmovilizadores	1	0,5
	Prótesis Miembro Inferior	7	3,2
	Rodillera	1	0,5
	Silla de Ruedas	42	19,4
	Recibe servicios de rehabilitación	No	145
SI		71	32,9
A qué factores atribuye su recuperación	Servicios de salud y servicios recibidos	48	22,2
	Apoyo familiar	64	29,6
	Empeño por Salir adelante	30	13,9
	A Dios	60	27,8
	Medicina Alternativa	4	1,9
	Otro	4	1,9
Tipo de rehabilitación	Medicina física y de Rh	75	34,7
	Psiquiatría	1	0,5
	Fisioterapia	69	31,9
	Fonoaudiología	0	0
	Terapia ocupacional	3	1,4
	Optometría	3	1,4
	Psicología	2	0,9
	Trabajo social	6	2,8
Quien paga la rehabilitación	Medicamentos permanentes	22	10,2
	SGSS	132	61,1
	Familia	13	6,0
	Personalmente	10	4,6
	ONG	0	0,0
	Empleado	0	0
Razón no rehabilitación	Otros (Prepagada y policía)	14	6,5
	Ya terminó la Rehabilitación	49	22,7
	Cree que no la necesita	28	13,0
	No le gusta	5	2,3
	Falta de dinero	29	13,4
	Lejanía del centro de atención	5	2,3
No hay quien lo lleve	3	1,4	

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
	No sabe	47	21,8
	Sin dato	50	23,1
Días sin rehabilitación	De 0 a 100 días	155	72,0
	De 101 a 200 días	31	14,0
	De 201 a 300 días	14	6,0
	De 301 a 400 días	5	2,0
	De 401 a 500 días	9	4,0
	De 501 en Adelante	2	1,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior, se puede observar que en cuanto a los Determinantes sociales de la salud intermedios como en mayor porcentaje el ingreso mensual para los que trabajan se encuentra en menos de 1 SMLV, no tienen pensión por discapacidad, trabajan entre 1 y 80 horas al mes, llevan trabajando de 0 a 200 días, sin contrato, la seguridad en el trabajo es regular, con niveles de ruido medio, no expuestos a temperaturas altas, se desplazan al trabajo en vehículo público, antes de la discapacidad estaban trabajando, actualmente habitan en casa propia pagada acompañados por 4 y 6 personas, viven con familiares, no usan ortesis o prótesis, y quienes usan son bastón y caminador, la mayoría no recibe servicio de rehabilitación, le atribuyen su recuperación a factores como el apoyo familiar y a Dios, el tipo de rehabilitación es medicina física y rehabilitación seguida de fisioterapia, el SGSS ES quien paga la rehabilitación, la razón del porque no rehabilitación es creer que no la necesita y llevan de 0 a 100 días sin rehabilitación.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por dominios del WHODAS 2.0

Dominios	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Do1 (Cognición)	0,00	95,00	15,5	22,01
Do2 (Capacidad para moverse en su alrededor o entorno)	0,00	100	53,37	30,6
Do3 (Cuidado personal)	0,00	80,00	21,9	24,85
Do4 (Relaciones con otras personas)	0,00	100,00	15,4	21,21
Do51 (Actividades de la vida diaria)	0,00	100,00	45,6	36,15
Do52 (Realizar los quehaceres de la casa)	0,00	100,00	14,8	23,25
Do6 (Participación Social)	0,00	100,00	39,9	23,45
st_s32	0,00	92,39	30,9	19,77
st_s36	0,00	61,32	11,9	16,53

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior, se muestra que la media de discapacidad global (escala de 0 a 100 puntos) fue de 29,49, mientras que la mayor puntuación en promedio fue la de Actividades de la vida diaria con 45,6 y la de menor fue Realizar los quehaceres de la casa con 14,8 .

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de las preguntas del WHODAS 2.0

Pregunta	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Concentrarse en hacer algo durante 10 minutos	4,00	0,00	4,00	0,509	0,9149
Recordar las cosas importantes que tiene que hacer	4,00	0,00	4,00	0,5509	0,948
Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	4,00	0,00	4,00	0,652	1,0803
Aprender una nueva tarea, por ejemplo, ¿aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	4,00	0,00	4,00	0,745	1,1268
¿Entender en general lo que dice la Gente?	2,00	0,00	2,00	0,333	0,5540
¿Comenzar o mantener una conversación?	2,00	0,00	2,00	0,328	0,5932
¿Estar de pie por largos períodos como por ejemplo 30 minutos?	4,00	0,00	4,00	2,185	1,4347
¿Pararse luego de estar sentado?	4,00	0,00	4,00	1,875	1,4234
¿Moverse adentro de su hogar?	2,00	0,00	2,00	0,087	0,6807
¿Salir de su hogar?	4,00	0,00	4,00	1,6296	1,4408
¿Caminar una larga distancia como un kilómetro [o equivalente]?	4,00	0,00	4,00	2,2361	1,4256
¿Lavarse todo su cuerpo (bañarse)?	2,00	0,00	2,00	0,5185	0,7085
¿Vestirse?	2,00	0,00	2,00	0,5463	0,7137

¿Comer?	2,00	0,00	2,00	0,3287	0,5853
Estar solo durante unos días	2,00	0,00	2,00	0,8963	0,8269
¿Relacionarse con las personas que no conoce?41	2,00	0,00	2,00	0,2778	0,5512
¿Mantener una amistad?	2,00	0,00	2,00	0,2222	0,4980
¿Llevarse bien con personas cercanas a usted?	2,00	0,00	2,00	0,2083	0,4994
¿Hacer nuevos amigos?	4,00	0,00	4,00	0,3657	0,8947
¿Realizar actividades sexuales?	2,00	0,00	2,00	0,8056	0,8568
¿Ocuparse de sus responsabilidades domésticas?	2,00	0,00	2,00	0,9537	0,7762
¿Realiza bien sus tareas domésticas más importantes?	2,00	0,00	2,00	0,9861	0,7684
¿Termina todo el trabajo doméstico que necesitaba realizar?	4,00	0,00	4,00	1,6481	1,4678
¿Terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario?	2,00	0,00	2,00	1,0417	0,7552
Llevar a cabo su trabajo diario o actividades escolares	2,00	0,00	2,00	0,3287	0,5441
Realizar bien sus tareas de su trabajo o de la escuela	4,00	0,00	4,00	0,5880	0,9507
Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	4,00	0,00	4,00	0,6157	0,9814
Acabar todo su trabajo tan rápido como era necesario	4,00	0,00	4,00	0,6157	0,9767
¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?	2,00	0,00	2,00	0,7222	0,7196
Dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes a su alrededor	4,00	0,00	4,00	1,5139	1,2275
¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas?	2,00	0,00	2,00	0,5185	0,6538
¿Cuánto tiempo dedicó usted a su condición de salud, o a sus consecuencias?	4,00	0,00	4,00	1,7222	1,1680
¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?	4,00	0,00	4,00	1,6065	1,2153
¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?	2,00	0,00	2,00	1,1481	0,6997
¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a sus problemas de salud?	4,00	0,00	4,00	1,7037	1,1989
¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo (a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	2,00	0,00	2,00	0,9167	0,7038

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior, se puede observar que las actividades en donde se presenta mayor dificultad son las de estar de pie por largos períodos de tiempo, caminar una larga distancia, termina todo el trabajo doméstico que necesitaba realizar, terminar las tareas domésticas tan

rápido como sea necesario, superar los obstáculos o barreras existentes a su alrededor, el tiempo dedicado a la salud, el efecto emocional debido a la discapacidad, el impacto económico para para las personas es bajo y su familia debido a la discapacidad y problemas familiares de tipo emocional.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos del Grado de Discapacidad Final WHODAS 2.0

Grado de Discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	21	9,7
Leve	68	31,5
Moderada	95	44,0
Severa	32	14,8
Total	216	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se puede observar que en mayor porcentaje las personas encuestadas presentan un grado de discapacidad moderado, seguido por leve.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos del Grado de Discapacidad por dominio según WHODAS 2.0

Dominio	Grado	Frecuencia	Porcentaje
Cognición (Do1)	Ninguna	113	52,3
	Leve	46	21,3
	Moderada	42	19,4
	Severa	14	6,5
	Extrema	1	0,5
	Total	216	100
Movilidad (Do2)	Ninguna	21	9,7
	Leve	23	10,6
	Moderada	59	27,3
	Severa	80	37,0
	Extrema	33	15,3
	Total	216	100
Cuidado personal (Do3)	Ninguna	93	43,1
	Leve	41	19,0
	Moderada	54	25,0
	Severa	28	13,0
	Total	216	100
Relacionarse con otras personas (Do4)	Ninguna	89	41,2
	Leve	91	42,1
	Moderada	23	10,6
	Severa	10	4,6

Dominio	Grado	Frecuencia	Porcentaje
	Extrema	3	1,4
	Total	216	100
Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado (Do51)	Ninguna	53	24,5
	Leve	18	8,3
	Moderada	78	36,1
	Severa	29	13,4
	Extrema	38	17,6
	Total	216	100
Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado(Do52)	Ninguna	143	66,2
	Leve	10	4,6
	Moderada	55	25,5
	Severa	6	2,8
	Extrema	2	,9
	Total	216	100
Participación en sociedad(Do6)	Ninguna	18	8,3
	Leve	42	19,4
	Moderada	100	46,3
	Severa	50	23,1
	Extrema	6	2,8
	Total	216	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior del grado de discapacidad por dominios del WHODAS 2.0 donde el 52,3% de las personas encuestadas no presenta discapacidad cognitiva mientras que el 6,5% presenta discapacidad severa y solo una persona de los encuestados sobre dicho dominio presenta discapacidad extrema (0,5%); con respecto al dominio de movilidad el 37,0% presentó movilidad severa; en el dominio Cuidado personal el 25% de los encuestados presentaron dificultad moderada, y severa un 13,0%; en el dominio **Relacionarse con otras personas** el 42,2% tiene una discapacidad leve, y moderada 10,6%; en el dominio **Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado** el 36,1% tiene discapacidad moderada y extrema el 17,6%; en el dominio **Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado** se encontró que no presentan ninguna discapacidad el 66,2% y a su vez se observa que tienen una discapacidad moderada el 25,5% en el dominio **Participación en sociedad** el 46,3% presenta discapacidad moderada y el 23.1% es severa.

6.2 ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla 12. Prueba de normalidad para los determinantes sociales estructurales e intermedios

Determinantes Sociales Estructurales	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Edad en años	0,042	216	0,200*
Ingreso mensual	0,294	216	0,000
Horas de trabajo al mes	0,435	216	0,000
Tiempo trabajado	0,430	216	0,000
Número de personas con quien comparte la vivienda	0,136	216	0,000
Años sin rehabilitación	0,264	216	0,000
Discapacidad final (st_s32)	0,077	216	0,000

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior, muestra el estadístico Kolmogorov-Smirnov para probar que los datos de los determinantes sociales estructurales e intermedios se distribuyen normalmente y solo se demuestra que la edad en años cumple la condición de normalidad $p(>0,05)$.

Tabla 13. Prueba de normalidad para la de discapacidad según el WHODAS 2.0

Dominios Finales De Discapacidad	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	Gl	Sig.
Do1 (comprensión y comunicación)	0,283	216	0,000
Do2 (capacidad de moverse en su entorno)	0,111	216	0,000
Do3 (Cuidado personal)	0,241	216	0,000
Do4 (Relaciones con otras personas)	0,260	216	0,000
Do51 (Actividades de la vida diaria)	0,142	216	0,000
Do52 (Trabajo y actividades escolares)	0,401	216	0,000
Do6 (Participación en sociedad)	0,075	216	0,005
st_s32 (Discapacidad final -WHODAS 2.0)	0,077	216	0,003
st_s36 (Discapacidad final -WHODAS 2.0)	0,352	216	0,000

Fuente: elaboración propia, usando el software estadístico SPSS 24.

En la tabla anterior, se observa que se utilizó el estadístico Kolmogorov-Smirnov para probar que los datos de los diferentes dominios de discapacidad por áreas o dominio y final o global no se distribuyen normalmente.

Tabla 14. Correlación entre los determinantes sociales y discapacidad por dominio y global

VARIABLES.		Cognición	Capacidad para moverse en su entorno	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	Participación en sociedad	Discapacidad final
EDAD	Pearson	,123	,335**	,113	,171	,247	-,100	,120	,259
	P valor	,072	,000	,099	,012	,000	,142	,078	,000
INGRESO	Spearman	-,063	-,143	,019	-,137	-,165	,405**	-,146	-,180
	P valor	,354	,036	,783	,044	,015	,000	,031	,008
HORAS DE TRABAJO	Spearman	-,067	-,197	-,069	-,117	-,121	,511**	-,132	-,174
	P valor	,324	,004	,314	,086	,077	,000	,053	,010
TIEMPO DE TRABAJO	Spearman	-,072	-,205	-,075	-,125	-,150	,579**	-,127	-,163
	P valor	,295	,002	,270	,066	,027	,000	,063	,016
NÚMERO DE PERSONAS CON QUIEN COMPARTE LA VIVIENDA	Spearman	,076	,105	,017	-,002	,079	-,029	,079	,126
	P valor	,263	,123	,809	,982	,246	,674	,250	,064
AÑOS SIN REHABILITACIÓN	Spearman	-,228	-,128	-,179	-,127	-,270	-,068	-,193	-,211
	P valor	,001	,060	,008	,063	,000	,319	,004	,002

Fuente: elaboración propia.

P valor: significancia estadística bilateral

** Variables estadísticamente significativas P valor $\leq 0,05$

En la tabla anterior, al correlacionar los determinantes sociales con los dominios y la discapacidad por dominio y global se encontró como la edad tiene correlación directa y significativa con los dominios Capacidad para moverse en su entorno, el ingreso mensual

con las actividades de la vida diaria -Trabajo remunerado, al igual que horas de trabajo y tiempo de trabajo.

6.3 ASOCIACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS Y GRADO DE DISCAPACIDAD

Tabla 15. 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	0,700	0,873
Edad	10,873	0,092
Estado Civil	16,657	0,340
Estrato social	2,271	0,893
Área	1,106	0,776
Nivel educativo	48,745	0,038*
Número de personas con quien comparte la vivienda	36,125	0,204
Etnia	4,090	0,664

Fuente: Elaboración propia

P valor: significancia estadística bilateral

*Asociación significativa al nivel 0,05 (Bilateral)

La tabla anterior muestra que existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el grado de discapacidad.

Tabla 16. Resumen de las asociaciones entre los Determinantes Sociales de la Salud Intermedios con el grado de discapacidad

Determinantes Sociales de la Salud Intermedios	X ²	P _{valor}
Está afiliado a Seguridad General de Seguridad Social	0,619	0,892
Recibe pensión por discapacidad	8,840	0,031*
Tipo de afiliación	4,150	0,901
Ingreso recodificado	15,342	0,082
Tiempo de trabajo recodificado	20,990	0,051

Determinantes Sociales de la Salud Intermedios	X²	P_{valor}
¿Qué tipo de contrato de trabajo tiene?	19,952	0,018*
Condiciones de seguridad en el trabajo	23,503	0,05*
Niveles de ruido en el lugar de trabajo	17,081	0,147
Está expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor)	6,150	0,105
En que se desplaza para ir hasta su sitio de trabajo	21,767	0,040*
Que actividad realizaba antes de la discapacidad	33,324	0,043*
En este momento usted habita en	7,663	0,264
Utiliza ortesis y/o Prótesis	6,343	0,096
Recibe Servicios de Rehabilitación	14,286	0,003*
¿A qué factores atribuye su recuperación? Los servicios de salud y servicios recibidos	0,035	0,998
¿A qué factores atribuye su recuperación? Apoyo familiar	4,287	0,233
¿A qué factores atribuye su recuperación? Empeño por salir adelante	2,899	0,407
¿A qué factores atribuye su recuperación? A Dios	4,391	0,222
¿A qué factores atribuye su recuperación? Medicina alternativa	6,231	0,101
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicina física y de Rh	11,482	0,009*
Tipo de rehabilitación ordenada: Psiquiatría	9,329	0,025*
Tipo de rehabilitación ordenada: Fisioterapia	0,037	0,998
Tipo de rehabilitación ordenada: Terapia ocupacional	3,875	0,275
Tipo de rehabilitación ordenada: optometría	1,082	0,781
Tipo de rehabilitación ordenada: Psicología	4,775	0,189
Tipo de rehabilitación ordenada: Trabajo Social	0,672	0,880
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicamentos permanentes	0,764	0,858
Tipo de rehabilitación ordenada: otro tipo de Rh	6,892	0,648
Por qué no recibe rehabilitación	38,706	0,011*

Fuente: Elaboración propia

P valor: significancia estadística bilateral

*Asociación significativa al nivel 0,05 (Bilateral)

De la tabla anterior, se evidencia como al asociar los determinantes sociales de la salud intermedios y el grado de discapacidad se encontró asociación estadísticamente

significativa entre recibe o no pensión por discapacidad, el tipo de contrato de trabajo, las condiciones de seguridad en el trabajo, la forma en que se desplaza para ir a trabajar, la actividad que realizaba antes de la discapacidad, si recibe o no servicios de rehabilitación, el tipo de rehabilitación ordenada por medicina física y de Rh, el tipo de rehabilitación ordenada por Psiquiatría y por qué no recibe rehabilitación.

6.4 ANÁLISIS MULTIVARIADO

En el análisis multivariado se utilizó el modelo de regresión logística ordinal. Se usa este modelo dado que la variable de respuesta grado de discapacidad es una variable categórica medida en escala ordinal (donde 0 = ninguno, 1 = leve, 2 = moderado y 3 = severo). Este es un modelo en el cual los coeficientes se estiman utilizando modelos no lineales y el método de estimación es el de máxima verosimilitud (máxima probabilidad). Lo que implica que se modelizan tantas ecuaciones como alternativas tiene la variable Y.

Una vez definidas las variables de los Determinantes sociales de la salud que presentaron asociación significativa con el grado de discapacidad, las cuales fueron: edad, nivel educativo, recibe pensión por discapacidad, tipo de contrato de trabajo, condiciones de seguridad en el trabajo, en que se desplaza para ir hasta su sitio de trabajo, que actividad realizaba antes de la discapacidad, recibe servicios de rehabilitación, tipo de rehabilitación ordenada medicina física, tipo de rehabilitación ordenada psiquiatría y por qué no recibe rehabilitación.

Tabla 17. Variables en la ecuación

Variable dependiente: GRADO DE DISCAPACIDAD				
Método: ML - Ordered Logit (Newton-Raphson / Marquardt steps)				
Observaciones incluidas: 216				
Valor del indicador: 4				
Coeficiente de covarianza computado usando Hessian				
Variable	BCoefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
Edad	0.023813	0.007367	3.232524	0.0012
Nivel educativo	-0.159197	0.052892	-3.009820	0.0026

Variable dependiente: GRADO DE DISCAPACIDAD				
Tiempo contrato	-0.817609	0.285636	-2.862413	0.0042
Servicios de rehabilitación	0.942585	0.292591	3.221512	0.0013
Limit Points				
LIMIT_1:C (5)	-4.346476	1.020315	-4.259934	0.0000
LIMIT_2:C (6)	-2.302046	0.974522	-2.362231	0.0182
LIMIT_3:C (7)	0.057705	0.969150	0.059542	0.9525
Pseudo R-squared	0.064764	Akaike info criterion		2.374128
Schwarz criterion	2.483512	Log likelihood		-249.4058
Hannan-Quinn criter.	2.418320	Restr. log likelihood		-266.6768
LR statistic	34.54188	Avg. log likelihood		-1.154657
Prob (LR statistic)	0.000001			

Fuente: Elaboración propia

Los coeficientes del modelo son significativos, las variables Edad, nivel educativo, tiempo de contrato y servicio de rehabilitación explican significativamente la probabilidad del grado de discapacidad. Globalmente la prueba LR Statistic muestra como el modelo global es significativo Probabilidad de LR Statistic 0,000001. El modelo estimado por el método de máxima verosimilitud se presenta a continuación:

$$\text{Prob}(Y_i=0) = \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT}_1 - (B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_3 X_{3i} + B_4 X_{4i})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=0) = \frac{1}{1 + e^{-[-4,346 - (0,023 * \text{Edad} - 0,159 * \text{Nivel Educativo} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} + 0,942 * \text{Servicio de Rehabilitación})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=1) = \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT}_2 - (B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_3 X_{3i} + B_4 X_{4i})]}} - \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT}_1 - (B_1 X_{1i} + B_2 X_{2i} + B_3 X_{3i} + B_4 X_{4i})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=1) = \frac{1}{1 + e^{-[-2,302 - (0,023 * \text{Edad} - 0,159 * \text{Nivel educativo} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} + 0,942 * \text{Servicio de rehabilitación})]}} - \frac{1}{1 + e^{-[-4,346 - (0,023 * \text{Edad} - 0,159 * \text{Nivel educativo} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} + 0,942 * \text{Servicio de rehabilitación})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=2) = \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT3} - (B_{11} X_{1i} + B_{22} X_{2i} + B_{33} X_{3i} + B_{44} X_{4i})]}} - \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT2} - (B_{11} X_{1i} + B_{22} X_{2i} + B_{33} X_{3i} + B_{44} X_{4i})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=2) = \frac{1}{1 + e^{-[-0,057 - (0,023 * \text{Edad} - 0,159 * \text{Nivel Educativo} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} + 0,942 * \text{Servicio de Rehabilitación})]}} - \frac{1}{1 + e^{-[-2,302 - (0,023 * \text{Edad} - 0,159 * \text{Nivel educativo} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} + 0,942 * \text{Servicio de rehabilitación})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=3) = \frac{1}{1 + e^{-[\text{LIMIT3} - (B_{11} X_{1i} + B_{22} X_{2i} + B_{33} X_{3i} + B_{44} X_{4i})]}}$$

$$\text{Prob}(Y_i=3) = 1 - \frac{1}{1 + e^{-[-0,057 - (0,023 * \text{Edad} - 0,159 * \text{Nivel educativo} - 0,817 \text{ Tipo de contrato} + 0,942 * \text{Servicio de rehabilitación})]}}$$

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio tiene como objetivo fundamental Establecer los determinantes sociales de la salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años en el Municipio de Soledad - Atlántico, contó con una muestra de 216 personas con discapacidad, adultas mayores, prevaleciendo el sexo masculino ante el femenino, en edades mayores de 45 años, los cuales nunca se casaron, con grado de discapacidad de moderado a leve.

Este resultado obtenido se puede comprobar con el Censo poblacional colombiano 2005 donde se reafirma la discapacidad en hombres al sustentar: “En Colombia según el censo 2005 la prevalencia de personas con al menos una limitación fue del 6.3% siendo mayor en hombres”. Esto se reafirmó con lo expuesto por Solano (50), cuando afirma el 60% de la población estudiada fueron hombres con una media de edades de 40 años.

En el ámbito internacional (España) se encontró el trabajo de Ortega et al. (51), quien dice: que la discapacidad que prevalece en la población fue la masculina; situación que se aprecia en los hallazgos de la presente investigación, realizada en el municipio de soledad, donde la prevalencia con discapacidad se da en altos porcentaje en el sexo masculino.

De igual forma, en el ámbito nacional se consultó el trabajo de Gil (52) quien afirma: las personas con discapacidad del estudio en su mayoría fueron hombres, solteros. Lo anterior hizo inferir que la discapacidad puede estar estrechamente relacionada con el sexo y la edad; de esta manera es pertinente mencionar una investigación realizada en la ciudad de Barranquilla por Vélez & Vidarte (24), quienes encontraron que la discapacidad se presenta en hombres en edades jóvenes entre 30 - 39 años.

Por otro lado, en cuanto el estrato socioeconómico, se evidenció una mayor afluencia en el estrato social 2, representado en un 81%; estos hallazgos concuerdan con los encontrados por Gil et al. (52) y Daza & Mosquera (56), en donde el mayor porcentaje de población de

ambos estudios se ubica en estratos 1 y según las siguientes subdivisiones bajo, medio bajo, bajo-bajo.

En cuanto al referente social vinculado al lugar de vivienda, esta investigación arrojó como resultado el 98,6% de personas que residen en el área urbana, y la aplicación de las encuestas se realizó en cada una de las viviendas de los participantes. Estudios como el de Mercado (56) sobre Asentamientos urbanos donde realiza un enfoque en el que plantea que los determinantes sociales de la salud no solo se refirieren a los estilos de vidas individuales ni a las redes sociales y comunitarias, sino de forma más general a las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, este entorno es favorable para las personas con discapacidad en las áreas Urbanas, donde se exploran las oportunidades de colaboración y mejoramiento en su desarrollo participativo.

De acuerdo al determinante social estructural de la educación en este estudio se encontró que el mayor nivel es la Básica secundaria completa, es decir, un 21.3% de los participantes, seguido por los que realizaron estudios técnicos completos 19%, solo un 2.8% es universitario, lo cual indica que existe bajo nivel educativo con relación a la educación superior, al contrastar esta información con los hallazgos encontrados en el Plan nacional de Discapacidad 2007- 2010, en donde se propone transformar los imaginarios entorno a la discapacidad, consolidar el proceso de construcción de política pública en discapacidad, donde se establezca una verdadera inclusión participativa en todos los espacios de la vida social; lograr que las personas con discapacidad ejerzan plenamente su derecho a la educación.

En el entorno Nacional se encuentra el estudio realizado en el CES de Medellín por Hurtado et al. (57) en el cual plantearon, cómo las personas con discapacidad presentan, en comparación con la población general, importantes carencias educativas. De igual forma, el INEBASE, en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del año 1999 (58), establece que un 35% de las personas con discapacidad entre 10 y 64 años no habían terminado los estudios primarios, lo cual hace pensar que existe una relación directa

entre discapacidad y dificultades sociales que encontrará la persona con discapacidad y bajos niveles de estudio.

Los hallazgos encontrados en cuanto al grupo étnico, con más afectación es el mestizo con un 95,4%, haciendo relevancia al estudio realizado por INEBASE (58), donde se registra que la etnia prevaleciente en Bogotá, son los mestizos en un 92,1% (682,544); en el estudio realizado por Vélez et al. (60), arrojaron como resultado la raza predominante, mestiza (82%). Otro estudio (61) hace referencia que en Colombia predomina un 85% la raza mestiza como producto del prolongado de intercambio sexual entre la población amerindia que habita en el territorio del actual Colombia en el momento de la conquista española.

Con respecto a los determinantes social intermedios, se evidenció que la población objeto de estudio no tienen un ingreso económico mensual fijo, ni cuentan con una pensión, solo trabajan de 1 a 80 horas mensuales, sin contrato fijo, la discapacidad fue adquirida en su lugar de trabajo, conviven con familias compuestas de 4 a 6 persona, no utilizan prótesis, en la actualidad no reciben rehabilitación y la que recibieron fue fisioterapia, la cual fue pagada por el régimen de seguridad social; se encontró en cuanto al nivel de ingresos económico que el predominante entre los participantes es menos de un salario mínimo, lo cual hace inferir una cohesión directa entre bajos niveles educativos y bajos ingresos económicos vs discapacidad. Al comparar esta información con el estudio realizado en Santiago de Cali por Vélez et al. (23), reflejan que los determinantes sociales intermedios influyen en los ingresos y las condiciones sociales de la población.

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 económicos y bajo nivel educativo al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo; siendo coherente con este estudio el realizado por la OMS (2) en el 2011 donde se concluyó que uno de los más urgentes desafíos en cuestión de desarrollo es hacer frente a la pobreza y situación económica que sufre las personas con discapacidad.

En el plan de Desarrollo del Municipio de Soledad, cuando se refiere a la Población discapacitada afirma que: “De acuerdo al registro y caracterización de la población discapacitada, 673 son mujeres, de los cuales menos de la mitad se encuentran afiliados al servicio de salud. La atención en salud es uno de los tantos servicios institucionales que reclama esta población que se siente invisibilizada por el gobierno local” (42).

Para el estudio resultó significativo el hallazgo relacionado con el determinante social intermedio: ¿Qué actividad realizaba antes de la discapacidad?, encontrándose que el mayor número de personas la adquirieron laborando, pero no recibían ninguna pensión por discapacidad a pesar de haber trabajado en actividades informales. Al no recibir pensión, se correlaciona con el bajo ingreso económico y la estadística que reporta el Registro de discapacidad del DANE (41) en el Atlántico en el año 2005, en el que indica que solo el 1.8% de la población discapacitada en ese momento cuenta con Pensión (63).

Este hallazgo es materia específica de esta investigación, porque se está infiriendo que estas personas han dejado de percibir su pensión de invalidez a pesar de tener derecho de acuerdo a unas especificidades como bien lo apunta el estudio de Martínez (64) cuando expresa en su artículo Pobreza, Discapacidad y Desarrollo: Existe un vínculo directo entre pobre y discapacidad. La población con discapacidad se encuentra entre la más desventajada y discriminada.

Para el determinante social intermedio, no recibe rehabilitación, se encontró que un gran porcentaje de las personas ya habían terminado la rehabilitación y otro menor porcentaje creen que no la necesitan, esto permite inferir que el enfoque de las personas sobre rehabilitación está dirigida a la terapia física sin tener en cuenta el concepto integrador que dice: “La rehabilitación está compuesta por acciones médicas y sociales (educación, vivienda, trabajo) tendientes a lograr la máxima recuperación, disminuyendo el déficit funcional, favoreciendo el autovalimiento, la aceptación de la discapacidad y la inserción social” (65).

El Régimen de salud al cual pertenece la mayoría de los participantes es el subsidiado, tal como lo referencia el estudio de Solano (50) cuando expresa, en general a nivel nacional e internacional se encuentran en el régimen subsidiado, no reciben la atención en salud que necesitan y casi la mitad no puede pagar una atención en salud. Los costes extraordinarios derivados de la discapacidad y de las barreras psicológicas, físicas y sociales a las que se enfrentan las personas con discapacidad, contribuyen a su pobreza, falta de libertad y vulneración de derechos humanos.

Según Agudelo (57), en su estudio sobre caracterización de las personas con discapacidad matriculadas en las Instituciones de atención y rehabilitación, en Colombia, se observan desigualdades en el acceso a la seguridad social, según el censo general del 2005 se encuentra el siguiente paralelo, el 9,0% de la población con limitaciones permanentes reportó estar afiliada al instituto de seguros sociales (actual NUEVA EPS) mientras el 6,0% de las personas sin restricciones se encuentra en régimen especial; el 35,3% de las personas sin una condición de salud tienen una afiliación en otra empresa prestadora de servicio de salud (EPS contributivo) siendo superior al 26,5% para quienes tienen limitaciones, en una administradora de riesgos de salud (ARS-subsidiado) está el 39,4% de las personas sin limitaciones, y el 47,3% de población con limitaciones; y el 14,0% de las personas con limitaciones no están afiliados.

Al analizar la caracterización del grado de discapacidad en las personas mayores de 18 años en el Municipio de Soledad Atlántico, se encontró que el grado de discapacidad presentó un mayor porcentaje en discapacidad moderada, seguida de leve y algunos con discapacidad severa. Investigaciones demuestran que no todos los estudios arrojan igualdad de resultados, es por esto que se hace referencia al estudio realizado por Manotas & Martínez (66), en el Municipio de Sabanalarga Atlántico donde la discapacidad global presentó un grado leve en la mitad de la muestra, caso contrario el estudio realizado por López & Villota (67) en la ciudad de Cartagena (Colombia) donde se encontró que el 61% de personas con discapacidad presentaron un grado severo.

Con respecto a la relación entre discapacidad e ingreso económico mensual, se hace referencia a Amartya (68) quien afirma que: “la pobreza se identifica con la ausencia de una igualdad de capacidades para los individuos que integran una sociedad”; si bien es cierto que los ingresos de un individuo están medidos por si tiene o no un empleo se establece que las personas con un grado de discapacidad presenta inconvenientes para la búsqueda de empleo, el hecho de ser pobre infiere en el desarrollo dentro del contextos socioeconómico de estas personas, por otra parte la disponibilidad de recursos económicos es básica para estar en sociedad, la única fuente de ingreso de las personas se presenta por el trabajo que se disponga, a salvo los que tengan fortuna o herencia de familia, esto permite concluir que el trabajo sigue siendo uno de los principales factores del que dispone para participar en sociedad.

Relacionando los determinantes estructurales e intermedios con los dominios, se encontró que las actividades de la vida diaria tienen mayor dificultad para las personas con discapacidad, dependiendo de la edad, entre mayor sea la edad; se encuentra mayor dificultades para el desempeño de las actividades diarias, entre estas, el desplazamiento al trabajo, la educación y la misma participación social, seguido de la capacidad para moverse en su alrededor o entorno. En España, el centro Estatal de Autonomía personal y ayudas Técnicas CEAPAT (69), tiene un personal especializado para ayudar a las personas con discapacidad a desenvolverse en el ámbito social para vencer las barreras encontradas en la misma sociedad, resaltando la importancia de creación de estos centros en el Municipio de Soledad - Atlántico.

Con respecto a la discapacidad en este estudio se puede relacionar las condiciones de seguridad en el trabajo, estos hallazgos se pueden comparar con los determinantes sociales de la salud estructurales y el grado de discapacidad moderado a leve; fundamentado en lo que referencia Campo (70), cuando expresa: “El análisis de los determinantes sociales explica el proceso social de producción y reproducción de la enfermedad desde una mirada estructural”. Jiménez & Huette (71) expresan que en España, el 28% de la población con discapacidad que trabaja es del sexo masculino con cifras casi 10 puntos superior al sexo

femenino, y acorde al tipo de discapacidad, evidenciando que en países Europeos Discapacidad no es sinónimo de no condiciones aptas para trabajar.

Los determinantes Sociales de la salud predictores del grado de discapacidad son: Edad, nivel educativo, tipo de contrato y servicio de rehabilitación, estos resultados son coherente con estudios realizados por la OMS (2), mediante la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), cuyo objetivo es afrontar las causas sociales de la falta de salud y las iniquidades sanitarias evitables, promoviendo un movimiento mundial a favor de las personas con discapacidad.

CONCLUSION

En cuanto a la caracterización de los determinantes sociales de la salud estructural e intermedia, que el sexo prevalente es el masculino de raza mestizos, estado civil soltero y el estrato social predominante es el bajo. La mayoría de personas reside en el área urbana y el nivel educativo imperante es la básica secundaria completa. Teniendo en cuenta los determinantes sociales intermedios se establece que la mayoría de las personas con discapacidad no trabajan, tiene menos de un salario mínimo como ingresos económicos y se encuentran afiliados al Régimen subsidiado en salud. Un amplio número de los participantes no recibe servicios de rehabilitación y su recuperación la atribuye al apoyo familiar en donde cohabitan con estos, siendo la casa propia la tipología y tenencia de vivienda más común.

El grado de discapacidad en la población de estudio, fue moderado a leve, estableciendo que los determinantes: edad, sexo, estrato social, área de vivienda no están relacionados con ninguna discapacidad, mientras que el desplazamiento en el área de la vivienda, movilidad hacia el trabajo y quehaceres diarios en el hogar están relacionados con el dominio de movilidad.

El perfil de funcionamiento en los seis dominios arrojada por el WHODAS 2.0 en la población encuestada, la discapacidad global es moderada, se puede describir que el dominio cognitivo no presenta dificultades para aprender y comunicarse; la capacidad de moverse es moderada; el cuidado personal es moderado; en el dominio las relaciones sociales, son moderadas y la participación social es moderada; el bajo nivel de ingresos económicos están relacionado con el grado de discapacidad moderado.

Al correlacionar los determinantes sociales de la salud edad y los dominios y la discapacidad por dominio y global se encontró que la edad tiene correlación directa y significativa con los dominios Capacidad para moverse en su entorno, el ingreso mensual

con las actividades de la vida diaria -Trabajo remunerado, al igual que horas de trabajo y tiempo de trabajo .

Los coeficientes del modelo son significativos, las variables Edad, nivel educativo, tiempo de contrato y servicio de rehabilitación explican significativamente la probabilidad del grado de discapacidad.

RECOMENDACIONES

El estudio en el Municipio de Soledad - Atlántico, estableció la importancia desde la perspectiva de los determinantes sociales, estructurales e intermedios de la salud, se recomienda intervenir la discapacidad desde el enfoque biopsicosocial que genere cambios hacia la persona con Discapacidad, su entorno social inmediato, la inclusión y su participación en la sociedad.

Se recomienda la conformación de microempresas a nivel local que permitan la inclusión laboral, aumentar el nivel de ingresos económicos, lo cual se dificulta según los resultados del estudio.

Se hace importante actualizar los datos referentes a las personas con discapacidad, en todo el territorio nacional, por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

Se recomienda a la Secretaria de Obras públicas del municipio de Soledad un plan de mejoramiento de espacios acorde con la inclusión de la población con discapacidad, porque, en su gran mayoría al tener discapacidad física, urge disfrutar espacios públicos acorde con la movilidad que requiere esta población.

Se recomienda a la Secretaria de Educación del Departamento del Atlántico y a la academia Universidad Autónoma de Manizales la continuidad de estudios de investigación que arroje más información sobre las causas que dificultan a las personas con discapacidad en el acceso a programas sociales, educativos adaptados para el desarrollo de habilidades para la vida y la inclusión laboral y social.

Se hace importante dar a conocer los resultados de esta investigación junto con la academia para socializar los resultados de la población con discapacidad en el Municipio de Soledad,

ante los entes Gubernamentales, con el objetivo de contribuir a que se puedan establecer procesos de inclusión social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2009). Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación.
2. Organización Mundial de la Salud. (2007). Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos: Comisión sobre determinantes sociales de la salud, declaración provisional. Ginebra: Organization Mundial de la Salud.
3. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. 247 p. ISBN: 978 92 4 156370 3
4. 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.
5. Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Discapacidad. [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/2Bcepmp>
6. Cerquera L., Vélez C., Castelblanco M., Vidarte J. (2016). Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. Diversitas: Perspectivas en Psicología 20141087-102. <https://bit.ly/2RXQyMR>
7. Ministerio de Salud y de Protección Social (2014). Guía ASIS. [Internet]. Msps Available from: <https://bit.ly/2QoY2Ze>
8. Puin, DC, Escobar M. (2002). "Actitudes frente a la vinculación laboral de personas con discapacidad." Revista Facultad de Medicina. 2002; 50 (4):196-199.

9. República de Colombia (2013). 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.
10. Dahlgren G, Whitehead M. (1991). 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
11. Ministerio de Salud (2002). Ocupación, Discapacidad y Costos. Colombia, 2002;14-16. 2.
12. Ministerio de Salud y Protección Social (2013). .Plan Decenal de Salud Pública, PDSP,2012-2021,
13. Granada, E. (1999). La discapacidad en el ámbito legal. Colombia: Alcaldía de Manizales. 1999; 5.
14. De Lorenzo R. (2004). El futuro de las discapacidades en el mundo: el empleo como factor determinante para la inclusión. Rev del Minist Trab e Inmigr Inmigr . 2004;(50):73–90.
15. Cruz-Velandia I, Hernández-Jaramillo J. (2008). Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. Rev. Cienc. Salud 2008; 6 (3):23-35.
16. Álvarez, Luz. (2011). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. The social determinants of health : beyond the risk factor perspective; Determinantes sociais da saúde : além dos fatores de risco. Rev Gerenc y Políticas Saludo políticas Salud [Internet]. 2011;8(65):69–79. Available from: <https://bit.ly/1EqwYtJ>

17. Byrne, B. (2008). Extended review. *British Journal of Sociology of Education*, 29(6), 727–731. <http://doi.org/10.1080/01425690802423668>
18. Organization, W. H. (2000). World Health Organization fifty-third World Health Assembly.
19. Fuentes, R. & Rodríguez, E. (1989). Análisis de la creación de empleo para minusválidos. España: Ed. Mapfre. Cap. 3: 25AR
20. 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.
21. Vélez C., Vidarte J., Hormaza M. & Chía M. (2012). Determinantes sociales de la salud y discapacidad, Tunja 2012. ARCHIVOS de medicina (col) 20141451-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273832164006>. Fecha de consulta: 1 de junio de 2016.
22. Vélez, C., Vidarte, J. & Cerón, J. (2013). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali/Social. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 31: 201-192.
23. Vélez C., Vidarte J. (2014). Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. *Cienc. innov. salud*. 2 (2):63 – 69.
24. Vásquez-Barquero J., Herrera S, Vásquez E. & Gaité I. (2006). 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.
25. Üstün TB et al. (2001). *Disability and culture: universalism and diversity*. Seattle, Hogrefe & Huber Publishers.

26. WHODAS II (2009). Disability Assessment Schedule (Home page). World Health Organization. (Last updated. Tue Nov 27 09:20:27 2001). Available In: <http://www.who.int/icidh/whodas/generalinfo.html>. Accessed on May 5,
27. Health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector. [Libro electrónico]. Toronto: York University
28. Vélez, C., Vidarte, J., Hormaza, M., & Chía, S. (2014). Determinantes sociales de la salud y discapacidad, Tunja 2012.
29. Banco Mundial. (2009). Discapacidad y desarrollo inclusivo en América Latina y el Caribe. <http://doi.org/10.1007/s005310000189>
30. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2015). Dirección de censos y demografía. Información sobre Discapacidad. Dane. Retrieved from <https://bit.ly/2Nj1fHH>
31. Ministerio de Salud República de Colombia (2012). Ministerio de la Protección Social avanza en lineamientos de atención diferencial para personas con discapacidad. Boletín de Prensa No 151 de 2011
32. (CIOMS), C. de O. I. de las C. M. (2004). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. *Acta bioethica*.
33. (CIOMS), C. de O. I. de las C. M. (2004). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. *Acta bioethica* (Vol. 10).
34. Vanegas, J., & Gil, L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la Teoría de Sistemas y el modelo Biopsicosocial. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12(1), 51–61. <http://doi.org/10.1021/jp027364t>

35. Humprey J. (200). Researching disability politics. Or, some problems with the social model in practice. *Disability & Society*. 2000;15:63-85.
36. Hahn H. (1993). The Political implications of disability definitions and data. *Journal of Disability Policy Studies*. 1993;4(2):41-52.
37. Barnes C. (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. . In: Barton L, editor. *Discapacidad y sociedad*. Morata/Fundación Paideia: Madrid,. p. 59-76.
38. Organización Mundial de la Salud. (2013). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. *Journal of Chemical Information and Modeling*. <http://doi.org/10.1097/01.pcp.0000245823.21888.71>
39. Ministerio de Salud. Resolución (2013). In: 008430. Santafé de Bogotá.
40. DANE. (2005). Censo general 2005 perfil Soledad - Atlántico.
41. Plan de Desarrollo de Soledad Confiable 2016-2019. (2016). Luchemos por una Primavera para todos. Soledad – Atlántico. Disponible en: <https://bit.ly/2yQM4R8>
42. Alcaldía Municipal de Soledad Atlántico (2010). Explosión demográfica, una ‘bomba’ social. Disponible en: <http://soledad-atlantico-asi-sucedio.blogspot.com.co/p/las-debilidades.html>
43. Corporación Autónoma del Atlántico CRA. (2010). Diagnóstico sostenible municipal: diagnóstico ambiental. <https://bit.ly/2P7u9je>

44. Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES (2004). Lineamiento para Optimizar la Política de Desarrollo Urbano. Bogotá, D.C., 23 de agosto de 2004 https://intranet.meta.gov.co/secciones_archivos/296-50316.pdf.
45. Alcaldía Municipal de Soledad Atlántico. Secretaría de Salud. <https://bit.ly/2qtEhEj>
46. Hernández, R. (2015). Metodología de la Investigación. 6ta. Edición. Edit. McGraw Hill Education. <https://bit.ly/2JLPtUM>
47. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano.
48. Mukaka, M. (2012). Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. Malawi Medical Journal; 24(3): 69-71 September 2012
49. Solano Z, Barreiro S, Molina Y. (2017). Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad–Atlántico, Colombia. 2017. Repositorio Institucional UAM. [Online].; [cited 2018- 8- 4. <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/handle/11182/1161> .
50. Ortega M. & Herce M. & Cols (2013). Impacto del medio rural o urbano sobre la discapacidad residual tras un ictus. Enfermería Clínica. 2013;23(5):182-188. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862113001307>.
51. Gil, L., López A., Ávila C., Criollo, C., Canchala, A. & Serrato, M. (2016). Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto. Nariño, Colombia. Rev univ. salud. 2016;18(3):505-513. <https://bit.ly/2yRHsuc>
52. Vélez C. & Vidarte, J. (2014). Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. Cienc. innov. salud; 2 (2):63 – 69.

53. Vanegas J. & Gil, L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*.12:51-61.
54. Daza, G. & Mosquera, M. (2012). Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. [Internet]: Disponible <https://bit.ly/2PDVVUe>
55. Comisión Económica para América Latina CEPAL (2015) Acerca de asentamientos urbanos. <https://bit.ly/2OpASQo>
56. Agudelo, A., Hernández, Hincapié &, Hurtado T. (2013). Caracterización de las personas con discapacidad matriculadas en instituciones de atención y rehabilitación. Repositorio Digital Institucional - Universidad CES. [Online].; [cited 2018-8-3. <https://bit.ly/2Ry7kSQ>
57. Instituto Nacional de Estadística en la red (INEBASE) (2000). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Madrid. <https://bit.ly/1oYOHY>
58. Carrasquilla G. Martínez S. & Latorre M. (2009). La Discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha.
59. Vélez C., Vidarte J. & Cerón J. (2011). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31 (supl 1): S192-S202. Resumen.
60. Botero, J. (2011). Colombia país mestizo. <https://bit.ly/2SQIZtI>

61. World Health Organization (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad.
62. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. (2006). Censo General 2005, Perfil Soledad – Atlántico. Disponible en: <https://bit.ly/2CXn5i5>
63. Martínez, B. (2013) Pobreza, discapacidad y derechos humanos. Revista Española de Discapacidad I (I): 9-32. <https://bit.ly/2JHNyl6>
64. World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [En línea] Ginebra, Suiza. Disponible desde: [http://
https://bit.ly/1kU8pT2](http://https://bit.ly/1kU8pT2)
65. Manotas Y. & Martínez S. (2017). Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sabanalarga – atlántico. 2017. <https://bit.ly/2OorTiw>
66. López L. & Villota, D. (2014). Relación entre el grado de discapacidad y nivel de independencia funcional en adultos con enfermedad cerebrovascular de Cartagena Colombia. *Cienciactual*. 2014;(4): 20-4
67. Kunar A. (2010). Desarrollo Humano.. <file:///C:/Users/Brisazul/Downloads/204-411-1-SM.pdf>
68. Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. http://www.ceapat.es/ceapat_01/index.htm
69. Campo, G., & Merchan, D. (2017). Determinantes sociales de la salud : enfermedades crónicas y discapacidad en personas mayores UPZ San Blas, Bogotá 2013-2014.
70. Jiménez A. & Huete A. (2017). Observatorio Estatal de la Discapacidad. Informe Olivenza 2017, sobre la situación general de la discapacidad en España.

<https://bit.ly/2D1Gj67>

71. Congreso de la República. (2006) Ley 1346 de 2009 – Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colombia; 2006 p. 48.
72. DANE. Censo General 2005 [Internet]. 2005 [cited 2018 Nov 4]. Available from: <https://bit.ly/2osvMuM>.
73. Hurtado L, Agudelo M. (2014). Inclusión educativa de las personas con discapacidad en Colombia. 2014;2(1):45–55
74. OIT Organización internacional del Trabajo (2207). Datos sobre Discapacidad en el mundo del trabajo.
75. Departamento Nacional de Planeación. CONPES 166 DEL 2013. 9 diciembre del 2013. 2013.

ANEXOS

ANEXO 1. SINTÁXIS DE PUNTUACIÓN DEL WHODAS 2.0



**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 MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLANTICO.

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: _____

HUELLA

Firma: _____

Índice derecho

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: _____

HUELLA

Firma: _____

Índice derecho

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM,
según consta en el acta No 38 de Noviembre 13 de 2016

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES FACULTAD DE SALUD GRUPO DE INVESTIAGCIÓN CUERPO - MOVIMIENTO

PROYECTO: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DEL GRADO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLANTICO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Objetivo: Establecer los determinantes sociales de la salud predictores del grado de discapacidad en personas mayores de 18 años en el Municipio de Soledad Atlántico

Determinantes Sociales de la Salud.

- 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 estad casado _____
 - 2- Actualmente esta casado _____
 - 3- Separado _____
 - 4- Viudo/a _____
 - 5- 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) Donde se encuentra trabajando actualmente:

13) Cuanto lleva en la actualidad trabajando: _____

14) Qué tipo de contrato de trabajo tiene:

- 1- A termino fijo _____
- 2- A término indefinido _____
- 3- Sin contrato _____
- 4- Otro: _____ Cuál: _____

15) Condiciones de seguridad en la zona azul donde trabaja:

- 1- Buenas _____
- 2- Regulares _____
- 3- Malas _____

16) Niveles de ruido en el lugar donde trabaja

- 1- Alto _____
- 2- Muy alto _____
- 3- Medio _____
- 4- Bajo _____

17) Está Expuesto en su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor):

- 1-Sí _____
- 2No _____

18) En que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo:

- 1- Caminando _____
- 2- Vehículo particular _____
- 3- Transporte público _____
- 4- Otro: _____ Cual: _____

19) 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

20) 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 _____

21) 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

22) Número de personas con quien comparte la vivienda: _____

23) Con quien vive actualmente

- 1- Solo_____
- 2- Pareja_____
- 3- Papá _____
- 4- Mamá_____
- 5- Familiares_____
- 6- Amigos_____
- 7- Otros_____ Cual _____

24) Utiliza ortesis y/o prótesis Si_____ No_____

25) Cual(es) ortesis y/o prótesis _____

26) Recibe Servicios de Rehabilitación Si_____ No_____

27) A que Factores atribuye su recuperación?-Los servicios de

- a. salud y servicios recibidos _____
- b. Apoyo familiar _____
- c. Empeño por salir adelante _____
- d. A Dios _____
- e. Medicina alternativa _____
- f. Otro _____ Cual _____

28) Tipo de Rehabilitación Ordenada

- 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 _____

29) Quien paga la rehabilitación

- a. SGSS _____
- b. Familia _____
- c. Personalmente _____
- d. ONG _____
- e. Empleado _____
- f. Otro _____

30) 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 _____

31) Cuantos Años lleva sin rehabilitación: _____ Años

ANEXO 3. CUESTIONARIO DEL WHO-DAS 2.0



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

D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
------	--	---------	------	----------	--------	----------------------------

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

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 trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	¿Realizar bien 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 hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	¿Acabar su trabajo tan rápido 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 participar, al mismo nivel que el resto de las personas, 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 barreras u obstáculos 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 tiempo ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su “condición de salud”?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Qué o su familia su “condición de salud”? impacto económico ha tenido usted	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido usted o su familia 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 relajarse o disfrutar?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

H1	¿En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días —
----	--	----------------------------------

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?	Anote el número de días —
H3	¿En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días —

ANEXO 4. SINTAXIS DE PUNTUACIÓN DEL WHODAS 2.0

RECODE

D1_1

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D11.

RECODE

D1_2

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D12.

RECODE

D1_3

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D13.

RECODE

D1_4

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D14.

RECODE

D1_5

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D15.

RECODE

D1_6

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D16.

RECODE

D2_1

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D21.

RECODE

D2_2

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D22.

RECODE

D2_3

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D23.

RECODE

D2_4

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D24.

RECODE

D2_5

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D25.

RECODE

D3_1

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D31.

RECODE

D3_2

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D32.

RECODE

D3_3

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D33.

RECODE

D3_4

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D34.

RECODE

D4_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D41.
RECODE

D4_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D42.
RECODE

D4_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D43.
RECODE

D4_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D44.
RECODE

D4_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D45.
RECODE

D5_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D51.
RECODE

D5_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D52.
RECODE

D5_3
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D53.
RECODE

D5_4
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D54.
RECODE

D6_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D61.
RECODE

D6_2
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D62.
RECODE

D6_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D63.
RECODE

D6_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D64.
RECODE

D6_5
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D65.
RECODE

D6_6
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D66.
RECODE

D6_7
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D67.
RECODE

D6_8

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D68.

RECODE

D5_5

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D55.

RECODE

D5_6

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D56.

RECODE

D5_7

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D57.

RECODE

D5_8

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D58.

Para los puntajes totales de los dominios (do), en donde el dominio 1 es abreviado como Do1, el dominio 2 como Do2, etc.

calcule Do1 = (d11+d12+d13+d14+d15+d16)*100/20.

calcule Do2 = (d21+d22+d23+d24+d25)*100/16.

calcule Do3 = (d31+d32+d33+d34)*100/10.

calcule Do4 = (d41+d42+d43+d44+d45)*100/12.

calcule Do51 = (d51+d52+d53+d54)*100/10.

calcule Do52 = (d55+d56+d57+d58)*100/14.

calcule Do6 = (d61+d62+d63+d64+d65+d66+d67+d68)*100/24.

Para el puntaje total de WHODAS 2.0 sin las preguntas sobre el trabajo remunerado:

calcule

st_s32=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41
+D42+D43+D44+D45+D51+D52+D53+D54+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/92.

Para el puntaje total de WHODAS 2.0 con las preguntas sobre el trabajo remunerado:

calcule

st_s36=(D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41
+D42+D43+D44+D45+D51+D52+D53+D54+D55+D56+D57+D58+D61+D62+
D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/106.

**ANEXO 5. ASOCIACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y
EL GRADO DE DISCAPACIDAD**

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	χ^2	P_{valor}	coeficiente
Sexo	Femenino	9	28	42	16	95	0,700	0,873	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,5%	29,5%	44,2%	16,8%	100,0%			
	Masculino	12	40	53e	16	121			
	%	9,9%	33,1%	43,8%	13,2%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Edad recodificada	menor de 45 años	9	21	30	4	64	10,873	0,092	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	14,1%	32,8%	46,9%	6,3%	100,0%			
	entre 45 y 65 años	8	30	39	12	89			
	%	9,0%	33,7%	43,8%	13,5%	100,0%			
	mayor de 65 años	4	17	26	16	63			
	%	6,3%	27,0%	41,3%	25,4%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Estado civil	Nunca se ha casado	5	26	39	8	78	16,657	0,340	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	6,4%	33,3%	50,0%	10,3%	100,0%			
	Actualmente está casado	5	15	27	9	56			
	%	8,9%	26,8%	48,2%	16,1%	100,0%			
	Separado	5	10	13	2	30			
	%	16,7%	33,3%	43,3%	6,7%	100,0%			
	Divorciado	0	1	0	1	2			
	%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%			
	Viudo	2	8	9	8	27			
	%	7,4%	29,6%	33,3%	29,6%	100,0%			
	Viviendo en pareja	4	8	7	4	23			

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	P _{valor}	coeficiente
	%	17,4%	34,8%	30,4%	17,4%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Estrato social	1	5	11	19	5	40	2,271	0,89	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	12,5%	27,5%	47,5%	12,5%	100,0%			
	2	16	57	75	27	175			
	%	9,1%	32,6%	42,9%	15,4%	100,0%			
	3	0	0	1	0	1			
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Área	Urbana	21	67	93	32	213	1,106	0,77	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,9%	31,5%	43,7%	15,0%	100,0%			
	Rural	0	1	2	0	3			
	%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Nivel Educativo	Ninguno	0	6	5	3	14	48,74	0,03	Coeficiente de contingencia 0,429
	%	0,0%	42,9%	35,7%	21,4%	100,0%			
	Preescolar incompleto	1	2	0	0	3			
	%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%			
	Preescolar completo	0	0	2	0	2			
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%			
	Básica Primaria incompleto	2	4	15	9	30			
	%	6,7%	13,3%	50,0%	30,0%	100,0%			
	Básica Primaria completa	0	7	17	6	30			
	%	0,0%	23,3%	56,7%	20,0%	100,0%			

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	P _{valor}	coeficiente
	Básica Secundaria incompleto	5	13	25	3	46	5	0,20	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	10,9%	28,3%	54,3%	6,5%	100,0%			
	Básica Secundaria completo	5	14	15	7	41			
	%	12,2%	34,1%	36,6%	17,1%	100,0%			
	Técnico o tecnológico incompleto	0	2	3	0	5			
	%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%			
	Técnico o tecnológico completo	3	8	7	1	19			
	%	15,8%	42,1%	36,8%	5,3%	100,0%			
	Universitario sin título	0	5	1	0	6			
	%	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%			
	Universitario con título	5	6	5	3	19			
	%	26,3%	31,6%	26,3%	15,8%	100,0%			
	Postgrado completo	0	1	0	0	1			
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Número de personas con quien comparte la vivienda	1	2	4	0	1	7	36,12	0,20	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	28,6%	57,1%	0,0%	14,3%	100,0%			
	2	3	11	7	3	24			
	%	12,5%	45,8%	29,2%	12,5%	100,0%			
	3	5	13	13	5	36			
%	13,9%	36,1%	36,1%	13,9%	100,0%				

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	P _{valor}	coeficiente
	4	3	13	23	4	43			
	%	7,0%	30,2%	53,5%	9,3%	100,0%			
	5	3	8	19	8	38			
	%	7,9%	21,1%	50,0%	21,1%	100,0%			
	6	1	9	14	7	31			
	%	3,2%	29,0%	45,2%	22,6%	100,0%			
	7	0	5	9	2	16			
	%	0,0%	31,3%	56,3%	12,5%	100,0%			
	8	3	2	7	0	12			
	%	25,0%	16,7%	58,3%	0,0%	100,0%			
	9	1	2	0	0	3			
	%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%			
	10	0	1	2	2	5			
	%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%			
	12	0	0	1	0	1			
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Etnia	Negro	1	2	6	0	9	4,090	0,664	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	11,1%	22,2%	66,7%	0,0%	100,0%			
	Indígena	0	0	1	0	1			
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%			
	Mestizo	20	66	88	32	206			
	%	9,7%	32,0%	42,7%	15,5%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 6. ASOCIACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES INTERMEDIOS Y EL GRADO DE DISCAPACIDAD

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	Valor	Coefficiente
Está afiliado a Seguridad General de Seguridad Social	No	1	3	3	2	9	0,619	0,892	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	11,1%	33,3%	33,3%	22,2%	100,0%			
	Si	20	65	92	30	207			
	%	9,7%	31,4%	44,4%	14,5%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Recibe pensión por discapacidad	No	15	59	89	27	190	8,840	0,031	Phi 0,202
	%	7,9%	31,1%	46,8%	14,2%	100,0%			
	Si	6	9	6	5	26			
	%	23,1%	34,6%	23,1%	19,2%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de afiliación	Contributivo	12	33	45	17	107	4,150	0,901	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	11,2%	30,8%	42,1%	15,9%	100,0%			
	Subsidiado	8	33	48	14	103			
	%	7,8%	32,0%	46,6%	13,6%	100,0%			
	Pobre no afiliado	1	1	2	1	5			
	%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	100,0%			
	Régimen especial	0	1	0	0	1			
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Ingreso recodificado	,000	8	38	50	23	119	15,342	0,082	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	6,7%	31,9%	42,0%	19,3%	100,0%			
	menos de 1 salario mínimo	5	20	23	8	56			
	%	8,9%	35,7%	41,1%	14,3%	100,0%			
	entre 1y 3 salarios	7	7	20	1	35			

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	V _{valor}	Coefficiente
	mínimos								
	%	20,0%	20,0%	57,1%	2,9%	100,0%			
	más de 3 salarios mínimos	1	3	2	0	6			
	%	16,7%	50,0%	33,3%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Horas de trabajo recodificado	menos de 80 horas	13	49	67	30	159	9,609	0,142	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	8,2%	30,8%	42,1%	18,9%	100,0%			
	entre 81 y 160 horas mes	3	9	15	1	28			
	%	10,7%	32,1%	53,6%	3,6%	100,0%			
	más de 160 horas al mes	5	10	13	1	29			
	%	17,2%	34,5%	44,8%	3,4%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tiempo de trabajo recodificado	0 meses	13	46	64	30	153	20,990	0,051	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	8,5%	30,1%	41,8%	19,6%	100,0%			
	Entre 1 y 12 meses	2	4	1	0	7			
	%	28,6%	57,1%	14,3%	0,0%	100,0%			
	Entre 13 y 60 meses	3	5	7	0	15			
	%	20,0%	33,3%	46,7%	0,0%	100,0%			
	Entre 61 y 120 meses	1	0	2	0	3			
	%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	100,0%			
	Más de 120 meses	2	13	21	2	38			
	%	5,3%	34,2%	55,3%	5,3%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	V _{valor}	Coficiente
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Qué tipo de contrato de trabajo tiene	A término fijo	1	1	4	1	7	19,952	0,018	Coficiente de contingencia 0,291
	%	14,3%	14,3%	57,1%	14,3%	100,0%			
	A término Indefinido	1	1	2	0	4			
	%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	100,0%			
	Sin contrato	13	58	86	30	187			
	%	7,0%	31,0%	46,0%	16,0%	100,0%			
	Otro	6	8	3	1	18			
	%	33,3%	44,4%	16,7%	5,6%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Condiciones de seguridad en el trabajo	Buenas	5	10	4	2	21	23,503	0,05	Coficiente de contingencia 0,313
	%	23,8%	47,6%	19,0%	9,5%	100,0%			
	Regulares	3	7	21	1	32			
	%	9,4%	21,9%	65,6%	3,1%	100,0%			
	Malas	0	5	8	0	13			
	%	0,0%	38,5%	61,5%	0,0%	100,0%			
	No Aplica	13	46	62	29	150			
	%	8,7%	30,7%	41,3%	19,3%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Niveles de ruido en el lugar de trabaja	Alto	1	7	7	0	15	17,081	0,147	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	6,7%	46,7%	46,7%	0,0%	100,0%			
	Muy alto	0	1	1	0	2			
	%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%			
	Medio	3	6	19	1	29			
	%	10,3%	20,7%	65,5%	3,4%	100,0%			
	Bajo	4	9	7	2	22			
	%	18,2%	40,9%	31,8%	9,1%	100,0%			
	No Aplica	13	45	61	29	148			
	%	8,8%	30,4%	41,2%	19,6%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%				
Está expuesto en	No	16	60	78	31	185	6,150	0,105	No se aplica

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	V _{valor}	Coefficiente
su lugar de trabajo a temperaturas extremas (lluvia, calor)	%	8,6%	32,4%	42,2%	16,8%	100,0%			prueba porque no hay asociación
	Si	5	8	17	1	31			
	%	16,1%	25,8%	54,8%	3,2%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
En que se desplaza para ir a hasta su sitio de trabajo	Caminando	1	3	6	0	10	21,767	0,040	Coeficiente de contingencia 0,303
	%	10,0%	30,0%	60,0%	0,0%	100,0%			
	Vehículo particular	3	6	2	0	11			
	%	27,3%	54,5%	18,2%	0,0%	100,0%			
	Trasporte público	5	8	20	2	35			
	%	14,3%	22,9%	57,1%	5,7%	100,0%			
	Otro	0	6	11	2	19			
	%	0,0%	31,6%	57,9%	10,5%	100,0%			
	No Aplica	12	45	56	28	141			
	%	8,5%	31,9%	39,7%	19,9%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Qué actividad realizaba antes de la discapacidad	Sin actividad	2	18	38	4	62	33,324	0,043	Coeficiente de contingencia 0,366
	%	3,2%	29,0%	61,3%	6,5%	100,0%			
	Trabajando	12	26	39	18	95			
	%	12,6%	27,4%	41,1%	18,9%	100,0%			
	Buscando trabajo	0	0	3	0	3			
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%			
	Estudiando	1	4	3	1	9			
	%	11,1%	44,4%	33,3%	11,1%	100,0%			
	Oficios del hogar	2	10	7	6	25			
	%	8,0%	40,0%	28,0%	24,0%	100,0%			
	Jubilado o pensionado	1	0	1	0	2			
	%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%			
	Otro	2	7	1	1	11			

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	Valor	Coficiente
	%	18,2%	63,6%	9,1%	9,1%	100,0%			
	No Aplica	1	3	3	2	9			
	%	11,1%	33,3%	33,3%	22,2%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
En este momento usted habita en	Casa	18	63	82	28	191	7,663	0,264	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,4%	33,0%	42,9%	14,7%	100,0%			
	Apartamento	3	5	13	3	24			
	%	12,5%	20,8%	54,2%	12,5%	100,0%			
	Cuarto	0	0	0	1	1			
	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%				
Utiliza ortesis y/o Prótesis	No	14	32	57	13	116	6,343	0,096	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	12,1%	27,6%	49,1%	11,2%	100,0%			
	Si	7	36	38	19	100			
	%	7,0%	36,0%	38,0%	19,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Recibe Servicios de Rehabilitación	No	13	53	66	13	145	14,286	0,003	Phi 0,257
	%	9,0%	36,6%	45,5%	9,0%	100,0%			
	Si	8	15	29	19	71			
	%	11,3%	21,1%	40,8%	26,8%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
¿A qué factores atribuye su recuperación? Los servicios de salud y servicios recibidos	No	16	53	74	25	168	0,035	0,998	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,5%	31,5%	44,0%	14,9%	100,0%			
	Si	5	15	21	7	48			
	%	10,4%	31,3%	43,8%	14,6%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
¿A qué factores atribuye su recuperación?	No	18	45	64	25	152	4,287	0,233	No se aplica prueba porque no hay
	%	11,8%	29,6%	42,1%	16,4%	100,0%			
	Si	3	23	31	7	64			

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	V _{valor}	Coficiente
Apoyo familiar	%	4,7%	35,9%	48,4%	10,9%	100,0%			asociación
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
¿A qué factores atribuye su recuperación? Empeño por salir adelante	No	17	56	86	27	186	2,899	0,407	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,1%	30,1%	46,2%	14,5%	100,0%			
	Si	4	12	9	5	30			
	%	13,3%	40,0%	30,0%	16,7%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
¿A qué factores atribuye su recuperación? A Dios	No	15	43	74	24	156	4,391	0,222	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,6%	27,6%	47,4%	15,4%	100,0%			
	Si	6	25	21	8	60			
	%	10,0%	41,7%	35,0%	13,3%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
¿A qué factores atribuye su recuperación? Medicina alternativa	No	20	67	95	30	212	6,231	0,101	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,4%	31,6%	44,8%	14,2%	100,0%			
	Si	1	1	0	2	4			
	%	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicina física y de Rh	No	17	47	64	13	141	11,482	0,009	Phi 0,231
	%	12,1%	33,3%	45,4%	9,2%	100,0%			
	Si	4	21	31	19	75			
	%	5,3%	28,0%	41,3%	25,3%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de rehabilitación ordenada: Psiquiatría	No	20	68	95	32	215	9,329	0,025	Phi 0,208
	%	9,3%	31,6%	44,2%	14,9%	100,0%			
	Si	1	0	0	0	1			
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de rehabilitación	No	14	46	65	22	147	0,037	0,998	No se aplica prueba porque
	%	9,5%	31,3%	44,2%	15,0%	100,0%			

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	V _{valor}	Coficiente
ordenada: Fisioterapia	Si	7	22	30	10	69			no hay asociación
	%	10,1%	31,9%	43,5%	14,5%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de rehabilitación ordenada: Terapia ocupacional	No	21	68	92	32	213	3,875	0,275	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,9%	31,9%	43,2%	15,0%	100,0%			
	Si	0	0	3	0	3			
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de rehabilitación ordenada: optometría	No	21	67	94	31	213	1,082	0,781	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,9%	31,5%	44,1%	14,6%	100,0%			
	Si	0	1	1	1	3			
	%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de rehabilitación ordenada: Psicología	No	20	67	95	32	214	4,775	0,189	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,3%	31,3%	44,4%	15,0%	100,0%			
	Si	1	1	0	0	2			
	%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de rehabilitación ordenada: Trabajo Social	No	21	66	92	31	210	0,672	0,880	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	10,0%	31,4%	43,8%	14,8%	100,0%			
	Si	0	2	3	1	6			
	%	0,0%	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de rehabilitación ordenada: Medicamentos permanentes	No	18	62	86	28	194	0,764	0,858	No se aplica prueba porque no hay asociación
	%	9,3%	32,0%	44,3%	14,4%	100,0%			
	Si	3	6	9	4	22			
	%	13,6%	27,3%	40,9%	18,2%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Tipo de	Fundación	0	0	1	1	2	6,892	0,648	No se aplica

		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Total	X ²	V _{valor}	Coficiente
rehabilitación ordenada: otro tipo de Rh	Teletón								prueba porque no hay asociación
	%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%			
	Neurólogo	0	1	0	0	1			
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%			
	Ninguno	21	66	94	31	212			
	%	9,9%	31,1%	44,3%	14,6%	100,0%			
	Quimioterapia	0	1	0	0	1			
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			
Por qué no recibe rehabilitación	Ya terminó la rehabilitación	4	22	16	7	49	38,706	0,011	Coficiente de contingencia 0,390
	%	8,2%	44,9%	32,7%	14,3%	100,0%			
	Cree que no la necesita	5	13	9	1	28			
	%	17,9%	46,4%	32,1%	3,6%	100,0%			
	No le gusta	0	3	2	0	5			
	%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	100,0%			
	Falta de dinero	1	5	18	5	29			
	%	3,4%	17,2%	62,1%	17,2%	100,0%			
	Lejanía del centro de atención	0	0	4	1	5			
	%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%			
	No hay quien lo lleve	0	2	1	0	3			
	%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%			
	No sabe	7	9	27	4	47			
	%	14,9%	19,1%	57,4%	8,5%	100,0%			
	Sin dato	4	14	18	14	50			
	%	8,0%	28,0%	36,0%	28,0%	100,0%			
	Total	21	68	95	32	216			
	%	9,7%	31,5%	44,0%	14,8%	100,0%			