

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

**TESISTAS**

**OLGA LUCÍA HINCAPIÉ GALLÓN**

**VÍCTOR ALONSO LOAIZA FRANCO**

**WILSON DARÍO ECHEVERRI OCAMPO**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES  
FACULTAD DE SALUD  
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO- MOVIMIENTO  
Manizales, 2013**

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

**INVESTIGADORES PRINCIPALES  
DIRECTORES DE TESIS**

**CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ  
JOSÉ ARMANDO VIDARTE CLAROS**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES  
FACULTAD DE SALUD  
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO- MOVIMIENTO  
Manizales, 2013**

## TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD EN MEDELLÍN COLOMBIA, 2012: RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.....	9
2. RESUMEN EJECUTIVO.....	9
2.1 RESUMEN ACADÉMICO .....	10
3 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO .....	11
3.1 PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN EN TÉRMINOS DE NECESIDAD Y PERTINENCIA.....	11
3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
4 OBJETIVOS.....	19
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
5 REFERENTE TEÓRICO.....	20
5.1 DETERMINANTES SOCIALES .....	20
5.2 DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD. ....	32
5.3 DETERMINANTES SOCIALES Y DISCAPACIDAD .....	35
6 OPERACIONALIZACIÓN DE DETERMINANTES.....	37
6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. ....	37
6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD .....	42
7 METODOLOGÍA.....	44
7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	44
7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	44
7.3 PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE LA MUESTRA.....	44

7.3.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	44
7.3.2	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	44
7.3.3	DISPOSICIONES VIGENTES.....	45
8	RESULTADOS .....	46
8.1	ANÁLISIS UNIVARIADO .....	47
8.2	DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES.....	47
8.2.1	DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON LAS BARRERAS QUE LE IMPIDEN DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS CON MAYOR AUTONOMÍA .....	49
8.2.2	DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON EL ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD. ....	51
8.3	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS.....	52
8.3.1	DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS). ....	52
8.3.2	DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES MATERIALES DE TRABAJO.....	52
8.3.3	DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON EL TIPO DE VIVIENDA Y SU CONDICIÓN. ....	54
8.3.4	DETERMINANTES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN. ....	55
8.4	COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA EN FUNCIONES Y ESTRUCTURAS, LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN. ....	57
8.4.1	DISTRIBUCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD RELACIONADAS CON ALTERACIONES, LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	57
8.4.2	CARACTERIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA EN FUNCIONES Y ESTRUCTURAS, LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN, SEGÚN LA CIF. ....	61
8.5	ANÁLISIS BIVARIADO .....	62

8.5.1	DETERMINANTES SOCIALES DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA, LIMITACIÒN Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN.....	62
8.5.2	DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN .....	62
8.5.2.1	SEXO Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN .....	62
8.5.2.2	EDAD Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN.....	63
8.5.2.3	NIVEL EDUCATIVO Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	64
8.5.2.4	ETNIA Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	65
8.5.2.5	ÁREA Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	66
8.5.2.6	ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y RESTRICCIÒN EN LA PATICIPACIÒN. ....	67
8.5.2.7	BARRERAS FÍSICAS Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	67
8.5.2.8	BARREAS ACTITUDINALES Y RESTRICCIÒN EN LA.....	68
8.5.3	DETERMINANTES INTERMEDIOS Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	69
8.5.3.1	AFILIACIÒN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN.....	69
9.5.3.2	TRABAJO Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	70
8.5.3.2	TIPO DE VIVIENDA Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	71
8.5.3.3	TIPO DE REHABILITACIÒN Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN.....	72
8.5.3.4	SALARIO Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	73
8.5.3.5	CONDICIÒN DE LA TENENCIA DE LA VIVIENDA Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	74
8.5.3.6	FACTORES DE RECUPERACIÒN Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	75
8.5.3.7	EMPLEO REALIZADO Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	76
8.5.3.8	CAPACIDAD DE TRABAJO POR DISCAPACIDAD Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN.....	77
8.5.3.9	PARTICIPACION ACTUAL EN ALGUNA ORGANIZACIÒN Y RESTRICCIÒN EN LA PARTICIPACIÒN. ....	78
9	DISCUSIÒN DE LOS RESULTADOS .....	79
10	CONCLUSIONES .....	88

11	RECOMENDACIONES .....	91
12	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	94
13	ANEXOS .....	101
14.1.	ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	101
14.2.	ANEXO 2: TABLAS BIVARIADO SPSS. ....	105

## LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES.....	37
<b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
TABLA N° 2 COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD: DEFICIENCIAS , LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
42	
Tabla N° 3 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES, RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.</b>	
47	
Tabla N° 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES, RELACIONADOS CON LAS BARRERAS QUE LE IMPIDEN DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS CON MAYOR AUTONOMÍA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
49	
Tabla N° 5 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON EL ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD. ....	51
Tabla N° 6 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS). ....	52
Tabla N° 7 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES MATERIALES DE TRABAJO. ....	52
Tabla N° 8 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON EL TIPO DE VIVIENDA Y SU CONDICIÓN.....	54
Tabla N° 9 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.....	55
Tabla N° 10 DISTRIBUCIÓN DE LOS COMPONENTE RELACIONADOS CON LAS ALTERACIONES, LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN.....	58
Tabla N° 11 COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD.....	61
Tabla N° 12 SEXO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN .....	62
Tabla N° 13 EDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN. ....	63
Tabla N° 14 NIVEL EDUCATIVO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	64

Tabla Nº 15 ETNIA Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	65
Tabla Nº 16 AREA Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	66
Tabla Nº 17 ESTRATO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN. ....	67
Tabla Nº 18 BARRERAS FÍSICAS Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	67
Tabla Nº 19 BARRERAS ACTITUDINALES Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.. ..	68
Tabla Nº 20 AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	69
Tabla Nº 21 TRABAJO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	70
Tabla Nº 22 TIPO DE VIVIENDA Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	71
Tabla Nº 23 TIPO DE REHABILITACIÓN Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	72
Tabla Nº 24 SALARIO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	73
Tabla Nº 25 CONDICIÓN DE LA TENENCIA DE LA VIVIENDA Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	74
Tabla Nº 26 FACTORES DE RECUPERACIÓN Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	75
Tabla Nº 27 RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN Y EMPLEO REALIZADO.....	76
Tabla Nº 28 CAPACIDAD DE TRABAJO POR DISCAPACIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.....	77
Tabla Nº 29 PARTICIPACIÓN ACTUAL EN ALGUNA ORGANIZACIÓN Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN .....	78



# 1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) Y DISCAPACIDAD EN MEDELLÍN COLOMBIA, 2012: RESULTADOS DESDE EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

## 2. RESUMEN EJECUTIVO

<b>Título:</b> Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y discapacidad en Medellín Colombia, 2011 resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Estudio multicéntrico			
Investigador Principal: Consuelo Vélez Álvarez y José Armando Vidarte Claros			
Total de Coinvestigadores (número): 3			
Coinvestigadores: Olga Lucía Hincapié Gallón, Víctor Alonso Loaiza Franco Wilson Darío Echeverri Ocampo			
Total Tesistas: 3			
Tesistas: Olga Lucia Hincapié Gallón, Víctor Alonso Loaiza Franco Wilson Darío Echeverri Ocampo			
Directores de Tesis: Consuelo Vélez Álvarez y José Armando Vidarte Claros			
Nombre del Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento			
Entidad: Universidad Autónoma de Manizales			
Representante Legal: Gabriel Cadena Gómez Cédula de ciudadanía: 5.565.569			
De: Bucaramanga			
Dirección: Antigua Estación del Ferrocarril		Teléfono (68)8727272	Fax(68)
Nit: 890805051-0		E-mail: uam@autonoma.edu.co	
Ciudad: Manizales		Departamento: Caldas	
Sede de la Entidad: Antigua estación del ferrocarril Manizales			
<b>Tipo de Entidad:</b> Educativa			
Universidad Pública:	Universidad Privada: X	Entidad Pública:	ONG:
<b>Lugar de Ejecución del Proyecto:</b> Medellín			
Ciudad: Manizales		Departamento: Caldas	
Duración del Proyecto (en meses): 24 meses			
Valor total del Proyecto: \$18.635.000			
<b>Descriptor / Palabras clave:</b> Discapacidad, Clase Social, Escolaridad, Empleo, Determinantes Sociales. (Fuente. DeCs Bireme)			

## 2.1 RESUMEN ACADÉMICO

El Objetivo del presente trabajo fue determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en la ciudad de Medellín. Se desarrolló un estudio descriptivo correlacional, con 45.042 registros; cuyo instrumento fue el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad que incluye determinantes estructurales, intermedios y los componentes de la discapacidad. Sobre éstos, se realizó un análisis univariado y bivariado. Se encontró que el 50,3% de los registros corresponden al sexo femenino, El mayor porcentaje de edad está entre 50 a 54 años (8.1%), El nivel educativo correspondiente a la básica primaria prevaleció con un 43,4%, al estrato 2 pertenece el 49,6% de las personas registradas; Todos los registrados presentan alguna deficiencia y Limitación en el actividad, el 62% presentan restricción en la participación. En el análisis bivariado todos los Determinantes Sociales de la Salud tanto estructurales como intermedios se asociaron con la restricción en la participación  $p < 0,05$  y los que presentan una Dependencia baja fueron el sexo y el trabajo, coeficiente de contingencia 0,35 y 0,32 respectivamente. Es importante concluir como los determinantes Sociales de la Salud y su relación con la Discapacidad en Medellín resultan ser multifactoriales, lo que debe motivar a quienes legislan en el área a retomar las políticas públicas a la luz de los hallazgos presentados.

**Palabras Clave:** Discapacidad, Clase Social, Escolaridad, Empleo, Determinantes Sociales. (Fuente: Desc Bireme).

### **3 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

#### **3.1 PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN EN TÉRMINOS DE NECESIDAD Y PERTINENCIA.**

Retomando algunos elementos planteados por Álvarez [1] donde manifiesta cómo el análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de Salud de varios países [2-7], además es un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología [3-10].

Hablar de determinantes sociales de la salud, es hacer un abordaje de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación a las causas últimas o estructuras de los problemas de salud y de recuperar estrategias de salud para todos [1]. Solar e Irwin [4] citados por Álvarez [1], manifiestan que lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.

En el año 1975 las cifras mundiales de la discapacidad estimaban que un 12,3% de la población mundial presentaba alguna discapacidad, es decir, un número aproximado de 490 millones de personas [2]. En el año de 1976 el dato más citado de prevalencia de la discapacidad fue el de la OMS, que corresponde al 10% de prevalencia global, es decir, de la población de cada país aproximadamente el 10% presenta algún tipo de discapacidad [5,6].

Para fines del siglo XX la Organización Panamericana de la Salud calculó que unas 83 millones de personas con discapacidad vivían en la región de las Américas, y 53 millones de ellas en Latinoamérica y el Caribe. En cuanto a esta última región la

información sobre la discapacidad es limitada así como en la mayoría de los países en desarrollo. Sin embargo, se sabe que la incidencia y las consecuencias de la discapacidad se encuentran estrechamente relacionadas con factores sociales y se presentan con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y bajo nivel educativo al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo [7]. Esta situación está directamente relacionada con la pobreza que se vive en muchos de los países de la región. De hecho, es de amplio conocimiento que la discapacidad tiene una relación directa con la pobreza [3]. 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 el mismo censo en Medellín el porcentaje de personas con discapacidad fue del 6.55% para un total de 45.042 personas con discapacidad de una población total 2.223.660 habitantes, lo que indica que en relación con el global, Colombia está dentro del porcentaje.

En Medellín cabe destacar la violencia como determinante social que afecta la salud; en Colombia es un importante problema de salud pública, mientras que en el mundo el porcentaje de años de vida saludable perdidos por muertes e incapacidades originadas por la violencia es de 2 a 3%, en Colombia es de cerca de 25%, y en Medellín se reportó hace pocos años que era un poco mayor a 50% [11].

En otro artículo se observa que en Medellín la violencia es una de las causas más frecuentes de hospitalización y discapacidad, además que generó alrededor del 25% de la carga de la enfermedad [12].

Aunque cabe rescatar los esfuerzos hechos por la puesta en marcha de las políticas públicas tendientes a defender los derechos. A partir de 1992 se ha presentado en Antioquia y en Medellín una de las más drásticas disminuciones de homicidios, si no la mayor, en ciudad alguna del hemisferio occidental: de la tasa de 384 homicidios por 100.000 habitantes en 1991 a una tasa de 35 por 100.000 habitantes en el 2005 [13]. Por lo tanto se resaltan los esfuerzos realizados en la puesta en marcha de las políticas públicas tendientes a defender los derechos. La secretaría de inclusión social y familia de Medellín, piensa en la política pública como aquello que “trasciende los intereses de lo privado, lo gubernamental y lo comunitario, reconoce al mismo tiempo, que ella es el producto de la negociación de intereses muy distintos y de la confrontación de poderes” [13].

La política pública en discapacidad de Medellín, desde el acuerdo 86 de diciembre de 2009 y reglamentando dicho acuerdo con el Decreto 221 de 2011, acoge como principios generales los establecidos en la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptados por la asamblea general de las naciones Unidas el 13 de Diciembre de 2006, y ratificados por Colombia mediante la Ley 1346 del 31 de Julio de 2009 (Protocolo Facultativo el 10 de mayo de 2011) en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con discapacidad y la sociedad civil [13].

La política pública en discapacidad ha sido diseñada participativamente; promoviendo los actores como sujeto de derechos y como principales legitimadores de la misma. De esta forma se proyecta el reconocimiento de la diversidad, garantizando el ejercicio pleno de los derechos humanos, con equidad en las

oportunidades a todos los ciudadanos con sus diversas capacidades. La apuesta es por la transformación cultural y social de Medellín [13].

El ministerio de salud de Colombia en 2002, con base en el estimativo del 12% para la población mundial, estimó que cerca de cuatro millones y medio de personas presentan algún tipo de limitación [14]. El censo poblacional del DANE de 1993 estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente (1.9% de la población de entonces) presentaba discapacidad [15]. Por su 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 [16].

Los datos que muestran información relacionada con la discapacidad en Colombia, se extraen del consolidado del registro para localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe en 2009 [17]. Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas con discapacidad de 829 municipios del país. Según estos reportes, la población con discapacidad en su mayoría son de escasos recursos, pertenecen 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 sexo 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 con 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 su parte el análisis que realizó en el mismo documento la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe de Bogotá, respecto al módulo de discapacidad de la encuesta nacional de salud 2007 del ministerio de la protección social, en la cual se analizan variables de funcionamiento y discapacidad sentida de acuerdo a la severidad de las dificultades, así como algunas variables sociodemográficas, muestran 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 el peor estado de salud en los últimos 30 días, en comparación con las personas que presentan dificultades leves o moderadas. 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% (366437/750.378), seguidas por las del sistema nervioso con el 41.7% (312976/750.378) y la visión con 40.9% (307432/750.378). De igual forma el 30.5% (228.632) refirió las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como aquella que más le afectaba, seguidas por el sistema nervioso 20.5% (154.015) y el sistema cardiorrespiratorio y las defensas con 14.9% (112.385).

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

y en los mayores de 60 años de alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio, oídos, movimiento, ojos etc.

En relación con los determinantes sociales de la salud esta situación se encuentra condicionada 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 [5,6].

Este panorama en el contexto internacional y nacional con muchos datos relevantes no permiten por sí mismos un completo conocimiento y acercamiento a la complejidad del tema, lo que reflejan en el fondo es que el evento de la discapacidad lleva inmerso una serie de factores que marcan la diferencia entre regiones y se encuentran estrechamente relacionados, ellos tienen que ver con la manera como este colectivo vive, sus determinantes sociales de la salud, se convierten en la manera de ver la discapacidad en un análisis diferente al tradicional y que proporcione una mayor información al respecto.

De esta manera el establecer los determinantes sociales de las personas con discapacidad se constituye en una guía conductual, que orienta a los individuos en relación con lo que deben hacer y delimitan tanto los objetivos como la manera de actuar en diferentes situaciones, teniendo en cuenta lo anterior se observan en Medellín esfuerzos investigativos basados en determinantes sociales con el propósito de generar cambios [18]. El trabajo parte de una base conceptual e incluye además de la medición, los determinantes del capital social y algunos lineamientos de política pública para su fomento. Para ello se diseñó y aplicó una encuesta a una muestra representativa de la población de Medellín; a partir de la base de datos obtenida se construyeron indicadores de capital social, y mediante la aplicación de una metodología econométrica apropiada, se hallaron los determinantes del capital social para Medellín. Finalmente, se extrajeron lineamientos de política pública para estimular el capital social de la ciudad, de acuerdo con los resultados más relevantes del modelo [18].



Haciendo un abordaje del tema de la salud desde los determinantes sociales, según Mejía (2007), se concluye que la educación, la edad y el tipo de afiliación a la seguridad social son los principales factores que inciden sobre el acceso a servicios curativos y preventivos. El sexo, estado de salud auto reportado y ubicación geográfica son factores adicionales para explicar el acceso a servicios preventivos, pero que no inciden en el acceso a servicios curativos [19]. Por su parte, Cadavid (2009), plantea en su investigación otra mirada de los determinantes sociales y rescata que la comprensión de los factores condicionantes del estado nutricional y el desarrollo intelectual de niñas y niños, requiere incluir variables relacionadas con el contexto sociopolítico, comunitario y familiar; con el fin de realizar análisis y generar propuestas que trasciendan el plano individual [20].

Como se enuncia, establecer la relación entre determinantes sociales de la salud y la discapacidad, nos convoca a reconocer la importancia de cada uno de los conceptos y su relación, objetivo que hace parte del presente trabajo.

Este estudio es una investigación que fortalecerá el tema de la discapacidad desde los factores que la determinan, lo que a su vez permitirá abordarla más allá de la asistencia, hacia la prevención y promoción de los determinantes.

Por lo anterior y reconociendo la importancia del tema se resalta la inexistencia de antecedentes en la región nacional e internacional, sobre la temática, siendo pertinente establecer la relación entre determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad, elementos que sirven de referencia y apoyo a los comités territoriales y nacionales para la toma de decisiones, elaboración, implementación, organización, y evaluación de programas en favor de las personas con discapacidad.

Además de lo anterior este estudio contribuye a la generación de políticas públicas, se constituye también en un estudio pionero y de referencia en discapacidad para la ciudad de Medellín, con el ánimo de fortalecer los procesos de intervención

interdisciplinar, es un estudio que alimenta la línea de investigación en el tema de la discapacidad, en la perspectiva de la salud del grupo investigativo cuerpo y movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales y fortalece en una perspectiva más holística el objeto estudio de la maestría en Discapacidad, por ello los resultados de este proyecto beneficiarán a la comunidad académica, a personas con discapacidad y a la sociedad en general.

Los resultados de este estudio pueden ser utilizados por nuevos proyectos de este tipo que aborden las temáticas de los determinantes sociales de la salud en proyectos de desarrollo y programas de intervención específicamente.

Este estudio fue viable y factible ya que se contó con la disponibilidad del recurso humano, financiero, y material, desarrollado por los estudiantes de la III cohorte de la maestría en Discapacidad, quienes asumieron los costos directos e indirectos generados por el proyecto, se contó con el acceso a la base de datos facilitada por la Secretaría de Salud de la ciudad de Medellín, lo que aseguró el desarrollo académico adecuado de la investigación.

Esta investigación no necesitó materiales, ni equipos costosos o de difícil consecución. Participaron desde el punto de vista humano docentes investigadores expertos, desde el punto de vista epistemológico, metodológico y conceptual. Se contó con la participación de los entes municipales, quienes facilitaron el acceso a la base de datos (Censo DANE 2005) contando con los 45.042 registros. Desde el punto de vista ético se cumplieron los requerimientos bioéticos de la Universidad Autónoma de Manizales utilizando la información requerida con fines investigativos.

Se observa que el tema de los determinantes sociales permite entender diferentes aspectos de la salud y la enfermedad al igual que diferentes situaciones del ser humano, dependiendo del contexto donde se desarrolle. Lo anterior conlleva a la formulación de la siguiente pregunta de investigación:

### **3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

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

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en la ciudad de Medellín a partir del registro para la localización y caracterización de la discapacidad del DANE 2005.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Establecer los determinantes sociales de la salud estructurales de los participantes a partir del registro de Discapacidad de la ciudad Medellín.
2. Identificar los determinantes sociales de la Salud intermedios de los participantes a partir del registro de Discapacidad de la ciudad de Medellín.
3. Caracterizar los componentes de la discapacidad en cuanto a deficiencia en funciones y estructuras corporales, limitación en la actividad y restricciones en la participación e interacción de los mismos según los criterios de la Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y de la Salud (CIF).
4. Establecer las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y los componentes de discapacidad de las personas con discapacidad de la ciudad de Medellín.

## 5 REFERENTE TEÓRICO

### 5.1 DETERMINANTES SOCIALES

El concepto de determinantes sociales de la salud surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables en los individuos [21].

Los determinantes sociales de la salud son entendidos, como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como las desigualdades que se manifiestan en estas condiciones también crean desigualdades en salud [22]. Así mismo son definidos como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla” [23].

Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas [24]. Algunos estudios en Colombia han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la auto percepción del estado de salud [5-6].

Uno de los conceptos más importantes es el expresado por Lalonde en 1974, que identificó como determinantes claves los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención [24]. Este mismo autor destacó la

discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes.

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña [25]. Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. (Figura 1) Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud.

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

## Modelo Socioeconómico de Salud



**Fuente:** Principales determinantes en salud. – Tomado del modelo de Dalghren y Whitehead

Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios” [26].

Se tendría entonces por un lado los factores de vivencias materiales en las áreas de vivienda, trabajo, alimentación, saneamiento etc.; por otro los factores psicosociales y conductuales; y por último ciertamente los factores biológicos (que incluyen los genéticos). Un determinante importante en esta esfera intermedia serían los mismos sistemas de salud, los cuales, en este enfoque, devendrían en determinantes sociales en la medida que son el resultado de construcciones sociales muy

vinculadas a las políticas. La interacción de estos DSS influiría (próximamente) a explicar la salud y enfermedad de los individuos [27].

En relación a la distinción entre los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en la salud cabe mencionar que la acción sobre los determinantes sociales de la salud tiene su foco de intervención en reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o las intervenciones sobre los mecanismos causales asociados a ellos, estos serían los determinantes intermedios.

Por otra parte la acción sobre los determinantes de las inequidades de la salud tiene su foco en los niveles de distribución de los determinantes estructurales o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios, es decir la jerarquía o posición social [24].

Los determinantes estructurales son aquellos que generan estratificación social, e incluyen factores tradicionales como los ingresos y la educación, en la actualidad resulta también muy importante reconocer el sexo, el grupo étnico y la sexualidad entre otros como estratificadores sociales. Dentro de los determinantes intermedios se incluyen condiciones de vida, laborales y disponibilidad de alimentos, entre otros [24].

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

incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal [25].

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

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



personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida saludable son influencias claves en la salud.

- **Características biológicas y genéticas:** La biología básica y la constitución genética del ser humano son factores determinantes de la salud, La dotación genética proporciona una serie de respuestas individuales que afectan la situación de salud. Aunque los factores socioeconómicos son factores determinantes de la salud en algunos casos la dotación genética, parece predisponer a ciertos individuos a problemas de salud o discapacidad.
- **Servicios de salud:** en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades, restituir la salud y el funcionamiento contribuyen a la salud de la población.
- **Sexo:** Se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencias relativas que la sociedad atribuye a los dos sexos de una manera bidireccional. Medidas para mejorar la inequidad de sexo mejoran la salud de la población.
- **Cultura:** Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones como marginación, estigmatización, la pérdida del valor del idioma o la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y los servicios culturalmente aceptados [28.].
- **Violencia:** uno de los posibles factores que conlleva a ser más notorio los índices de violencia, es que no tenemos claro cada una de las representaciones sociales que constituyen lo que las personas piensan acerca del conflicto, la violencia, la salud, la enfermedad, etc. Se trata de un conocimiento de sentido común, elaborado socialmente, compartido por los miembros de un grupo, que orienta su conducta ante dichos objetos. Coincidiendo con Casas (1998) y Casas y Durán (1996), quienes plantean que las representaciones sociales sobre un objeto determinado se componen de tres vertientes Psicosociales: la representación social sobre el objeto en sí (definición), la representación social sobre los sujetos

involucrados (características personales que generan una situación) y la representación social sobre las alternativas consideradas como adecuadas para atender la situación o el objeto social [29].

Cuando se explora con grupos de personas la representación social sobre el conflicto como objeto en sí, es decir su definición, suelen surgir tres visiones predominantes del mismo: la primera asimila el conflicto a diferencia y alrededor de ella despliega una connotación negativa que se expresa en términos como discrepancia, controversia, contradicción, pelea, enfrentamiento e incluso violencia. La segunda percibe el conflicto como una oportunidad para alcanzar nuevas formas de comunicación y entendimiento entre las personas, lograr consensos, acuerdos y sentar bases para la construcción de una cultura democrática.

La tercera propone una combinación de las anteriores interpretaciones, entendiendo el conflicto como una construcción compleja que integra tanto elementos negativos como positivos [29].

Wilkinson y Marmot han abordado el tema de los determinantes sociales de la salud y definen el gradiente social, el estrés, el comienzo de la vida, la exclusión social, el empleo, el desempleo, la adicción, la alimentación, el transporte, como los que tienen la mayor posibilidad de explicar los niveles de salud de una población [30].

De igual modo es importante tener presente lo planteado por Borrel [31] quien aborda el planteamiento de La Measurement and Evidence Knowledge Network, de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, donde se propone una serie de principios para desarrollar la evidencia sobre las desigualdades en salud [32], principios que son construidos sobre diferentes autores y en los cuales se resalta la relevancia de investigar bajo la perspectiva de los DSS los diferentes eventos dentro de los cuales la discapacidad resulta ser un tema relevante.

- Adoptar un compromiso sobre el valor de la equidad. La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente [33,34]. El valor explícito que sustenta la investigación sobre desigualdades en salud es que las desigualdades que hay entre sociedades y en una misma sociedad son injustas, evitables e implican la explotación de los grupos desfavorecidos a causa de la desigual repartición de los recursos y del poder. Este valor debe estar presente en todo el proceso investigador.
- Utilizar una aproximación basada en la evidencia. Ello es importante tanto para avanzar en la investigación como para poner en marcha intervenciones. La medicina basada en la evidencia ha sentado las bases para recoger la mejor evidencia empírica cuantitativa. Sin embargo, también es interesante utilizar aproximaciones cualitativas. Dixon-Woodsetal [35], han revisado y criticado una selección de estrategias para la síntesis de evidencia, incluyendo técnicas que son en gran parte cualitativas e interpretativas.
- Utilizar metodologías diversas. La investigación sobre desigualdades en salud se debe abordar utilizando las metodologías necesarias para responder a las preguntas formuladas, lo que implica utilizar diversidad de métodos y disciplinas. A menudo, para entender los procesos que generan y reproducen las desigualdades en salud será necesario ir más allá de las metodologías cuantitativas, habitualmente más empleadas en epidemiología social, y usar metodologías cualitativas que permitan profundizar en ellos. Por otro lado, personas procedentes de distintas disciplinas, como por ejemplo la sociología, la política, la antropología, la historia o la economía, deben formar parte de los equipos de investigación junto con los profesionales de la salud [36]. Tener en cuenta tanto las diferencias de salud entre grupos como los gradientes. Las desigualdades en salud se han descrito siguiendo tres aproximaciones [37]: a) las desigualdades afectan a toda la población (esta aproximación tiene en

cuenta que hay un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales); b) las desigualdades se miden comparando los grupos menos privilegiados y los más privilegiados (health gap), y c) se analiza sobre todo la salud de la población más vulnerable. A pesar de que las tres aproximaciones pueden ser válidas dependiendo del objetivo del estudio, es importante tener en cuenta que las desigualdades afectan en mayor o menor medida a toda la población [38], por lo que debería enfatizarse el primer enfoque.

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

Describir adecuadamente las estructuras y las dinámicas sociales. Se deben tener en cuenta los distintos ejes de desigualdad existentes, como el sexo, la etnia o la clase social, los cuales tienen en común que: a) son contextuales y dinámicos, y a que cambian a lo largo de la historia y en distintos contextos; b) son construcciones sociales y no biológicas; c) son sistemas que implican relaciones de poder y dominación (un grupo ejerce el poder sobre otro, lo que hace que los distintos grupos tengan intereses no sólo opuestos sino antagónicos); d) tienen sentido tanto a nivel estructural o macro (de la sociedad) como a nivel psicosocial o micro (referido a las personas en su vida diaria), y e) se expresan simultáneamente tanto en las sociedad como en el individuo, ya que cada persona está localizada en cada una de las dimensiones o ejes [39,40]. La ciencia está construida socialmente y, por lo tanto, sujeta a sesgos. Los valores políticos de los investigadores pueden influir en diversos aspectos, como por ejemplo en la elección de temas de investigación o en la metodología utilizada. Por todo ello, es necesario explicitar bien los sesgos políticos que pueden afectar a cualquier investigación. El instrumento Bias Free (Buildingan Integrative Analytical System for Recognizing and EliminatingIn Equities)

permite identificar y evitar los sesgos en la investigación en salud que se derivan de cualquier jerarquía social [41].

A nivel investigativo, se resalta como varios países han identificado la necesidad de investigar sobre las desigualdades en salud y de generar, sintetizar y difundir la evidencia sobre su magnitud y sus causas y sobre las políticas para reducirlas. Esto ha llevado al establecimiento, según el caso, de comisiones, proyectos o unidades de investigación en aras de contribuir a crear y difundir conocimiento sobre la existencia y la evolución de las desigualdades socioeconómicas en salud, (incluyendo publicaciones científicas, material educativo, organización de seminarios y redacción de documentos de consenso, dirigidos al gobierno), para lograr avanzar en la puesta en marcha de planes y políticas para reducir las desigualdades [42]. Otra investigación que es necesario destacar es que, en el año 2008, el National Institute for Health Research implementó un programa de investigación sobre intervenciones no sanitarias para mejorar la salud y disminuir las desigualdades en salud [43].

Existen evidencias explícitas a través de estudios que han demostrado la manera como los diferentes determinantes sociales de la salud pueden influir sobre diferentes condiciones de los sujetos, así por ejemplo el hecho de que las mujeres tengan vidas más largas no se traduce necesariamente en vidas más sanas, ya que como la probabilidad de desarrollar discapacidades aumenta con la edad, la proporción de mujeres con problemas de salud y discapacidad es también mayor. No existen datos que indiquen el nivel de discapacidad de las mujeres en el mundo; sin embargo, estimaciones de la OMS sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, pueden esperar vivir más años de vida con discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres [30]. Existen determinantes económicos, sociales, políticos y culturales que influyen en la manera en que las mujeres envejecen con consecuencias inimaginables para su salud y calidad de vida, mismos que se traducen en el incremento de costos a los sistemas de salud. Por otro lado, la situación de los hombres en países en desarrollo es también

delicada, ya que las precarias condiciones laborales y las largas y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida implican un mayor riesgo de discapacidad [31].

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

Los datos arrojados de la encuesta de población Nacional de Salud (NPHS) en Canadá [44], investigación que evaluó el bienestar de los inmigrantes en una serie de áreas de la vida social, evidenciaron los determinantes sociales de la salud de la población inmigrante, no se encontró un patrón evidente, de asociación entre las características socioeconómicas y las características de la inmigración, por un lado, y el estado de salud por el otro, los resultados de este estudio sugieren que los factores socioeconómicos son más importantes para los inmigrantes que no inmigrantes, Otro aspecto importante es la producción social de salud, centrado en la forma en que los niveles de salud están determinados por las estructuras de la desigualdad social y las conductas o los estilos de vida " [45]. Para ello se utilizó un análisis de regresión múltiple de datos de la Encuesta Nacional 1994 de Canadá Salud de la Población. Dos medidas de salud se utilizan: el estado de salud subjetiva y el Health Utilities Index (una medida del estado de salud funcional). Por los determinantes estructurales que se refieren a la edad, estructura familiar, la actividad principal, la educación, ocupación, ingresos y apoyo social. Determinantes de la conducta son los factores de estilo de vida relacionados con fumar, beber, el peso y la actividad física. Los resultados indican que las estructuras de la desigualdad social son los determinantes más importantes de la salud actuando de manera independiente y por su influencia en los determinantes del comportamiento de la salud, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los factores que predicen la salud de mujeres y hombres [49], basada en el sexo las desigualdades

en salud se explican por factores de vulnerabilidad diferencial a las fuerzas sociales entre hombres y mujeres.

Además es importante considerar como la igualdad en salud es la ausencia de diferencias injustas y evitables en salud entre grupos poblacionales definidos, social, económica, demográfica o geográficamente [46].

El aumento de las desigualdades sociales entre regiones, países y estratos tiene su expresión en las condiciones de salud. Por ejemplo, la expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de 34 años, y en Japón es de 81,9; la probabilidad de que una persona muera entre las edades de 15 y 60 años es de 8,3 % en Suecia, 46,4% en Rusia y 90,2 % en Lesotho, y la expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo [27].

En general hay acuerdo entre los investigadores en que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de factores intermediarios. Los estudios longitudinales muestran que cuando se mide el estatus socioeconómico de un grupo de personas y se hace seguimiento para evaluar la aparición de problemas de salud, las enfermedades se presentan en mayor número en aquellas personas ubicadas en los estratos más bajos. Pero esas causas sociales actúan de manera indirecta, a través de determinantes específicos intermediarios que son distribuidos de manera desigual en la sociedad. Se han identificado como factores intermediarios los bienes materiales, el comportamiento en salud, o sea los hábitos de vida, los factores psicosociales y los biológicos [47].

## **5.2 DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD.**

La discapacidad es término genérico que incluye déficits en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud CIF [48] basada en un modelo biopsicosocial para abordar la salud y la discapacidad, entiende la discapacidad como “una interacción multidireccional entre la persona y su contexto socio-ambiental” y la nómina como condición de salud, porque la considera como un problema creciente y sitúa a todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa. La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus variaciones, así como la relación del contexto, brindan un lenguaje unificado, estandarizado y un marco conceptual para la descripción de los componentes de la salud. Al analizar el funcionamiento y la discapacidad se deberá incluir el abordaje de la dimensión corporal: funciones, estructuras corporales y deficiencias en estructuras y funciones corporales, de lo individual y lo social: es decir, Actividades y Participación, limitación en las actividades y restricción de la participación en la sociedad). Funciones corporales se refieren a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas; y las estructuras corporales son las partes anatómicas o estructuras del cuerpo como órganos y miembros. Es decir, proporciona información sobre el estado funcional del individuo en lo referente a las partes anatómicas y fisiológicas del cuerpo. Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida, pueden ser temporales o permanentes, progresivas, regresivas o estáticas, intermitentes o continuas.



Por otro lado, las actividades y la participación son los aspectos relacionados con el funcionamiento humano desde una perspectiva tanto individual como social. Por actividad se entiende la realización de una tarea o acción por una persona, implica una perspectiva individual en un contexto normalizado y participación es el acto de involucrarse en una situación vital, implica una perspectiva social en un contexto real, las limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades y restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Los factores contextuales son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, tienen dos componentes: factores ambientales y factores personales. Los Factores ambientales se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y su estilo de vida, están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos pueden incluir el sexo, la etnia, la edad, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, la educación, la profesión, experiencias actuales y pasadas, comportamiento, personalidad, espiritualidad, entre otros.

En Colombia, el avance más significativo en relación con la información sobre discapacidad es el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (DANE, 2003) y a partir de este registro se han realizado procesos investigativos que intentan hacer una mirada y abordaje a la discapacidad. Es así como el estudio de Israel Cruz, plantea la formulación de un índice de discapacidad humana, que permita conocer la dimensión y el impacto de la discapacidad en Colombia, para ello plantean una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad entre dichos factores [49]. Este estudio muestra como el análisis global por grupos de factores, personales y ambientales,

sugiere un mayor peso de los segundos en la generación y exacerbación de la discapacidad, en la medida en que responden a determinantes relacionados con y condiciones de vida asociados con servicios, sistemas y políticas.

Los factores personales en especial aquellos relacionados con edad, sexo y estructura y función corporal demuestran un comportamiento dependiente, debido a que existe una mayor proporción de mujeres y de personas mayores de 60 años con discapacidad y con limitaciones del movimiento y del sistema nervioso. Además se reconoce como la fuente del DANE, constituye la mejor información disponible en discapacidad para Colombia.

Para Colombia los datos que muestran información relacionada con la discapacidad, se extraen del consolidado del registro para localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y la Fundación Santa Fe en 2009 [17]. Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas con discapacidad de 829 municipios del país. Las cifras de la población en con discapacidad proceden de diferentes fuentes entre ellas el Censo 1993, la prueba piloto de Yopal realizada en el 2001, la prueba piloto de Soacha realizada en el 2003, el Censo 2005, el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad y de estudios realizados como el de la Universidad Javeriana, el estudio de prevalencia de discapacidad del Valle del Cauca, entre otros. Sin embargo, existen diferencias metodológicas importantes que en muchos casos no permiten la comparación entre ellos. Según el Conpes 80 [50] el diagnóstico de la situación actual de discapacidad presenta varias dificultades principalmente por las limitaciones de los sistemas de información, prevención, falta de articulación entre los diferentes sectores y el estado, situación que dificulta que se encaminen adecuadamente las políticas públicas alrededor de la discapacidad.

### **5.3 DETERMINANTES SOCIALES Y DISCAPACIDAD**

En cuanto a los estudios sobre determinantes sociales y discapacidad, en Australia [51] Se ha planteado que la discapacidad surge cuando las personas con discapacidad se enfrentan por las condiciones sociales o del medio ambiente, estableciendo que la discapacidad es una resultante de la operación de desactivación y discriminación desde las condiciones culturales, sociales y ambientales.

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

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

Es así como el éxito en el alcance de los objetivos dependerá en la medida de la atención de las necesidades y el contexto de los niños con discapacidad. Para ello se hace necesario tomar las medidas necesarias para hacer frente a los determinantes sociales de la salud en general, con nuevas mejoras, que tengan en cuenta las circunstancias particulares de las personas con discapacidad. Esto demanda acciones concretas en las cuatro puntos de entrada identificados por Diderichsen et al [52], para hacer frente a inequidades de la salud, como son el abordar los factores de estratificación social (Por ejemplo, asegurar que los niños con discapacidad accedan a la educación efectiva, asegurarse de que los adultos con discapacidad puedan acceder a un empleo gratificante y seguro); la vulnerabilidad diferencial (por ejemplo, mediante la promoción de la resistencia de las personas con discapacidad), y dirección de consecuencias diferenciales (por ejemplo, asegurando que todas las personas con discapacidad tienen igualdad de acceso a una atención sanitaria eficaz). En Canadá se buscó identificar los factores asociados con la salud propia calificación de las personas con y sin enfermedades crónicas o discapacidad a largo plazo [53] para ello se trabajó con los datos de la población de los hogares canadienses durante los años de 1994-1995, donde se encuestaron 13.995 personas de 20 años de edad.

Los factores incluidos en los análisis fueron las enfermedades relacionadas (enfermedades crónicas, discapacidad a largo y corto plazo, y el dolor). Demográficos, estilo de vida (tabaquismo, actividad física, beber), y social de los recursos psicológicos (dominio el estrés crónico, autoestima, y apoyo social). Los resultados arrojaron datos donde las variables relacionadas con las enfermedades se asocian con la mala salud, con aportes pequeños pero significativos de factores demográficos y de estilo de vida. Recursos psicológicos, especialmente el dominio de su autoestima, se asocian con una mejor salud de las personas con enfermedades crónicas o con discapacidad.

## 6 OPERACIONALIZACIÓN DE DETERMINANTES

### 6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

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

Tabla N° 1. Operacionalización de determinantes sociales de la salud.

Tipo de determinante social de la salud	Determinante	Definición	Indicador	Índice
<b>Estructurales</b>	Estratificación socioeconómica (Estrato social)	Nivel de clasificación del inmueble de la población.	Lugar de residencia	1 2 3 4 5 6 9
	Tipo de área	Tipo de área donde reside	Cabecera Centro poblado Rural disperso	0 1 2
	Edad	Número de años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de encuesta.	Edad cumplida en años	Años
	Sexo	tipo de relaciones o condiciones del ser hombre o mujer con base en las características, los roles, y las oportunidades que el grupo social asigna a cada uno de aquellas y aquellos	Masculino Femenino	0 1
		Actualmente participa en alguna organización	Si No	1 2
		Razón de no participación	-Falta de dinero -Falta de tiempo -No existe no la conoce -Siente rechazo -Por su discapacidad -No cree en ella -Sus principios	1 2 3 4 5 6 7

			-Prefiere resolver los problemas solo -Otra	8 9
		Participaría en organización en defensa de los derechos	Si No	1 2
Origen de la discapacidad	Origen de la discapacidad	Causas o comienzo de la discapacidad	Si No	0 1
	Origen de la discapacidad	Consecuencia de	-Condiciones de salud de la madre	1
			-Complicaciones en el parto	2
			-Enfermedad general	3
			-Alteración genética hereditaria	4
			-Lesión autoinfligida	5
-Enfermedad profesional	6			
-Consumo de psicoactivos	7			
-Desastre natural	8			
-Accidente	9			
-Víctima de violencia	10			
-Conflicto armado	11			
-Dificultades en la prestación	12			
-Otra causa	13			
No sabe cuál es el origen	14			
15	16			
17	18			
19	99			
Origen de la discapacidad	Enfermedad profesional	-Medio ambiente físico en lugar de trabajo	1	
		-condiciones de seguridad	2	
		-Contaminantes	3	
		-Carga de trabajo físico mental	4	
		-Organización del trabajo	5	
		- Otra causa	6	
Origen de la discapacidad	Por consumo de psicoactivos	-Psicoactivos aceptados socialmente	1	
		-Psicoactivos no aceptados socialmente	2	
	Por desastres naturales	-Terremoto	1	
		-Inundación	2	
		-Deslizamiento	3	
		-Otro desastre	4	
Origen de la discapacidad	Por accidente	-De transito	1	
		-En el hogar	2	
		-En el centro educativo	3	
		-De trabajo	4	
		-Deportivo	5	
		-Otro tipo	6	

		Como víctima de violencia	-Al interior del hogar -Delincuencia común -Social -Otra	1 2 3 4
		Del conflicto armado por	-Arma de fuego -Bomba -Minas antipersona -Otro tipo de arma	1 2 3 4
		Dificultades en la prestación del servicio de salud	-Atención medica inoportuna -Equivocaciones en el diagnóstico -Formulación o aplicación equivocada de medicamentos -Deficiencia en la calidad de atención -Otra	1 2 3 4 5
	Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	-Ninguno -Preescolar incompleto -Preescolar completo -Básica Primaria incompleta -Básica Primaria completa -Básica Secundaria incompleta -Básica Secundaria completa -Técnico o tecnólogo incompleto -Técnico o tecnólogo completo -Universitario sin titulo -Universitario con titulo -Posgrado incompleto -Postgrado completo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	Etnia	Grupo humano cuyos caracteres morfológicos se perpetúan por herencia. Estos caracteres pueden no coincidir con los somáticos, lingüísticos y culturales, que constituyen unidades denominadas	Negro Raizal Palenquero Gitano Indígena Mestizo u otro diferente	1 2 3 4 5 6
<b>Intermediarios</b>	Afiliación a SSSG	un servicio público de carácter obligatorio e	-Contributivo -Subsidiado -Régimen especial	1 2 3

		irrenunciable, a cargo del Estado	-Vinculado -Ninguno -No sabe	4 5 6
	Circunstancias materiales: Trabajo.	Actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses	-Trabajando -Buscando trabajo -Incapacitado permanente para trabajar sin pensión Incapacitado permanente para trabajar con pensión -Estudiando -Realizando oficios del hogar -Recibiendo renta -Pensionado-jubilado -Realizando actividades de autoconsumo Otra actividad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		Trabajo realizado	-Obrero-empleado del gobierno -Obrero-empleado particular -Jornalero-peón -Patrón o empleador -Trabajador por cuenta propia -Empleado doméstico -Trabajador familiar sin remuneración	1 2 3 4 5 6 7
		Capacidad para trabajo afectada por discapacidad	Si No	1 2
		Ingreso mensual promedio	Pesos	Pesos
		Actividad económica actual	-Industria -Comercio -Agrícola -Pecuaria -Servicios -Otra	1 2 3 4 5 6
	Tipo de vivienda	Espacio físico cuya principal razón es la de ofrecer refugio y descanso.	-Casa -Apartamento -Cuarto -Institución pública -Institución privada -Calle -Otro tipo de vivienda	1 2 3 4 5 6 7
		Condición de tenencia de la vivienda	Arriendo o subarriendo Propia y la esta pagando Propia pagada De un familiar sin pagar arriendo De un tercero sin pagar	1 2 2



			arriendo Otra	4 5 6
	Servicios de Rehabilitación	Recuperación de la discapacidad	Si No	1 2
		Factores de recuperación	-Los servicios de salud y servicios recibidos -Apoyo familiar -Empeño por salir adelante -A Dios -medicina alternativa - Otro	1 2 3 4 5 6
		Tipo de rehabilitación Ordenada	-Medicina física y de Rh -Psiquiatría -Fisioterapia -Fonoaudiología -Terapia ocupacional -Optometría -Psicología -Trabajo social -Medicamentos permanentes -Otro tipo de Rh -Ninguno	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
Barreras en vivienda o entorno físico  Barreras actitudinales		Asistencia actual a Rh	Si No	1 2
		Quien paga la Rh	-SGSS -Familia -Personalmente -ONG -Empleador -Otro	1 2 3 4 5 6
		Tipo de establecimiento de Rh	-Publico -Privado -No sabe	1 2 3
		Porque no recibe rehabilitación	-Ya termino la rehabilitación. -Cree que ya no lo necesita. -No le gusta. -Falta de dinero. -Lejanía del centro de atención. -No hay quien lo lleve. -No sabe. Sin dato.	1 2 3 4 5 6 7
		Años sin Rh	Años	Dato
		Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.	Dormitorio Sala comedor Baños Escaleras Pasillos y patios	1 2 3 4

		Andenes aceras	5
		Calles, vías	
		Parques, plazas estadios, teatros, iglesia	6
		Paraderos, terminales de transporte	7
		Vehículos de transporte publico	8
		Centros educativos	
		Lugares de trabajo	9
		Centros de salud, hospitales	10
		Centros comerciales, tiendas, plaza de mercado	11
		Otros lugares	12
		Ninguno	13

**Fuente:** Construcción hecha por los investigadores

## 6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD

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

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

			0
		El sistema nervioso	1
		Los ojos	
		Los oídos	2
		Los demás órganos de los sentidos	3
		La voz y el habla	4
		El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	5
		La digestión, el metabolismo, las hormonas	6
		El sistema genital y reproductivo	
		El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	7
		La piel	
		Otra	8
		Sin dato	9
			10
			99
Limitación en la actividad	Dificultad que un individuo puede tener en el	Para pensar	1
		Para ver	2

	desempeño o realización de actividades diarias	Para oír Para percibir olores y sabores Para hablar y comunicarse Para movilizarse Para masticar, tragar, asimilar alimentos Para tener relaciones sexuales Para caminar, correr, saltar Para mantener piel, uñas, cabellos sanos Para relacionarse con los demás Para llevar, mover, utilizar con las manos Para caminar, mantener la posición del cuerpo Para alimentarse, asearse y vestirse Otra dificultad.	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 99
Restricción en la participación social	Derecho de las personas con discapacidad de intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucra.	Con la familia Con la comunidad Religiosas Productivas Deportivas Culturales Educación no formal Ciudadanas Otras	1 2 3 4 5 6 7 8 9

**Fuente:** Construcción hecha por los investigadores

## **7 METODOLOGÍA**

La Investigación se realizó con un enfoque empírico analítico ya que buscó obtener datos fácticos a partir de los cuales se caracterizaron comportamientos externos del objeto de la realidad estudiado, este proceso de investigación partió de datos provenientes de la realidad [54].

### **7.1 TIPO DE ESTUDIO.**

El estudio desarrollado fue descriptivo con una fase correlacional (univariado y bivariado) cuya pretensión fue describir si existe o no relación entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación) en la ciudad de Medellín.

### **7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Total de personas con discapacidad, identificadas en el registro de caracterización y localización de personas con discapacidad de la ciudad de Medellín, el cual fue entregado a los investigadores por parte de la secretaría de salud de la ciudad de Medellín. Es de aclarar que en el año 2011 la ciudad de Medellín se encontraba actualizando dicho registro y arrojaba hasta ese momento 45.042 personas con discapacidad que correspondían a un 6.55% de un total de 2.223.660 habitantes.

### **7.3 PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE LA MUESTRA**

#### **7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se incluyó el total de registros existentes en las bases de datos actualizada a la fecha de septiembre de 2011 en la secretaría de salud de la ciudad de Medellín.

#### **7.3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

Como técnica se utilizó la revisión de la base de datos de la ciudad de Medellín y el instrumento empleado fue la matriz electrónica en Excel, entregada por la Secretaría de Salud de Medellín.

### **7.3.3 DISPOSICIONES VIGENTES**

Desde el punto de vista ético, la investigación cumplió con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [55]. No realizó procedimientos que atentaran contra la integridad física y moral de las personas.

De acuerdo a la resolución 008430 artículo 11 el estudio se considera como “investigación sin riesgo”, ya que no atenta contra la integridad física y moral de los participantes del estudio [56]. La información recogida se usó solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas, donde no hubo manipulación ni evaluación de las mismas.

## 8 RESULTADOS

Para la digitación y el análisis de la información se utilizó el software SPSS versión 19, licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales. Se hizo un análisis univariado donde se realizaron distribuciones de frecuencias para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, teniendo en cuenta los objetivos del estudio se realizó además un análisis bivariado que en primera medida requirió de algunos ajustes recodificando variables como la edad considerando ciclo vital según Papalia; nivel educativo, etnia, seguridad social donde se tuvo en cuenta si estaba presente o no, todo esto con el objetivo de mejorar la lectura de los resultados esto en conceso del grupo de tesis y con asesoría de los directores de tesis; con lo anterior claro se hicieron los cruces y se aplicaron las pruebas estadísticas requeridas acorde al tipo de variables como  $\chi^2$  (P menor a 0,05 asociación estadísticamente significativa), coeficiente de contingencia y Phi las cuales nos permitieron observar nivel de dependencia; en la aplicación de estas pruebas los valores cercanos a 1 mostraban una dependencia fuerte, mientras los cercanos a cero una relación entre variables débil. A partir de éste análisis se establecieron las posibles asociaciones o dependencias entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en cada uno de sus componentes.

## 8.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

## 8.2 DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES

Tabla N° 3 Distribución de los determinantes sociales estructurales, relacionados con las características sociodemográficas.

<b>GÉNERO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Hombre	22371	49,7
Mujer	22671	50,3
<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0-4 años	963	2,1
5-9 años	1608	3,6
10-14 años	2174	4,8
15-19 años	2125	4,7
20-24 años	2252	5,0
25-29 años	2272	5,0
30-34 años	2178	4,8
35-39 años	2336	5,2
40-44 años	2868	6,4
45-49 años	3392	7,5
50-54 años	3628	8,1
55-59 años	3361	7,5
60-64 años	3085	6,8
65-69 años	2751	6,1
70-74 años	2777	6,2
75-79 años	2776	6,2
80-84 años	2275	5,1
85-89 años	1358	3,0
90-94 años	642	1,4
95-99 años	182	0,4
100-104 años	36	0,1
105-109 años	3	0,0
Total	45042	100,0
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Preescolar	858	2
Básica primaria	19566	43,4
Básica secundaria	10229	22,7
Técnico o tecnológico	1076	2,5
Universitario	767	1,7
Postgrado	72	0,1
No estudia	11977	26,6

No hay respuesta	497	1,1
<b>ETNIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Negro (a) Afro descendiente	820	1,8
Raizal del archipiélago	19	0,0
Palanquero	5	0,0
Gitano (a) Rom	5	0,0
Indígena	19	0,0
Mestizo u otro diferente	44174	98,1
<b>ÁREA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Cabecera	41252	91,6
Centro poblado	2646	5,9
Rural disperso	1144	2,5
<b>ESTRATO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
estrato 1	8319	18,5
estrato 2	22335	49,6
estrato 3	12250	27,2
estrato 4	1812	4,0
estrato 5	292	0,6
estrato 6	4	0,0
Sin estrato	30	0,1

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Analizando las características sociodemográficas de la población con discapacidad de Medellín, la tabla anterior muestra que en el análisis de la variable sexo, el mayor porcentaje se presentó en las mujeres con un 50,3% y para los hombres en un 49,9%.

La edad muestra que en mayor porcentaje se encuentran las personas en edades comprendidas entre 50- 54 años con 8.1% seguido en edades comprendidas entre 45-49 y 55-59 años con un 7.5% respectivamente. Se observa que el menor porcentaje corresponde los rangos de 90-94 años 1.4%, 95-99 años 0.4% 100-104 años 0,1%. En los menores de edad se presenta así 0-4 años 2,1% y 5-9 años 3,6% para resto de edades los porcentajes oscilan entre 4,8% y 6,8%, en el determinante edad se encontró una media 48 años +/- 23 años .



En lo referente al nivel educativo, se observó en primaria el mayor porcentaje de registros con 43,4%, seguida de no estudia 26,6% y en secundaria 22,7%, el nivel técnico o tecnológico 2,4%, preescolar 1,9%, universitario 1,7% y posgrado 0.2%.

En la etnia se observa un 98,1% para mestizo u otro diferente, la población restante se distribuye en Raizal del Archipiélago, Palenquero, Gitano(a), Rom Indígena, en porcentajes que no alcanzan el 1%, excepto para Negro(a) afro descendiente con un 1,8%.

El 91,6% de las personas registradas habita en la cabecera municipal, el 5,9% en centro poblado y 2,5% rural disperso. Con relación al estrato socioeconómico el mayor porcentaje de la población censada esta en estrato 2, con 49,6%, seguida del estrato 3, con 27,2%. Se observa que en los estratos 5 y 6 el número de personas no alcanzan el 1%.

### **8.2.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON LAS BARRERAS QUE LE IMPIDEN DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS CON MAYOR AUTONOMÍA**

Tabla N° 4 Distribución de los determinantes sociales de la salud estructurales, relacionados con las barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía.

<b>ACTITUDES NEGATIVAS DE</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Familiares	3853	8,6
	45042	100,0
Amigos, compañeros	2954	6,6
	45042	100,0
Vecinos	2875	6,4
	45042	100,0
Funcionarios, empleados	2266	5,0
	45042	100,0
Otras personas	1653	3,7
	45042	100,0
Nadie	35344	78,5
	45042	100,0

<b>BARRERAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Dormitorio	4310	9,6
	45042	100,0
Sala-comedor	4298	9,5
	45042	100,0
Baño-sanitario	7617	16,9
	45042	100,0
Escaleras	25259	56,1
	45042	100,0
Pasillo-patios	11549	25,6
	45042	100,0
Andenes, aceras.	17348	38,5
	45042	100,0
Calles, vías.	29991	66,6
	45042	100,0
Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias.	18316	40,7
	45042	100,0
Paraderos, terminales de transporte.	16228	36,0
	45042	100,0
Vehículos de transporte público.	23469	52,1
	45042	100,0
Centros educativos.	10288	22,8
	45042	100,0
Lugares de trabajo.	12340	27,4
	45042	100,0
Centros de salud, hospitales.	12709	28,2
	45042	100,0
Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado.	14169	31,5
	45042	100,0
Otros Lugares.	3724	8,3
	45042	100,0

Fuente: Construcción hecha por los investigadores.

En la tabla anterior que hace referencia a las determinantes relacionadas con las barreras actitudinales un gran porcentaje el 78,5% corresponde a nadie, en los familiares 8,6%, los amigos con un 6,6%, los vecinos en un 6,4%; en las barreras físicas se observa vías y calles con un 66,6% son las que presentan mayor porcentaje seguida de vehículos de transporte público 52,1%, escaleras en la vivienda o entorno con un 56,1%, los sitios de recreación y encuentros sociales

como teatros e iglesias con un 40,7% y el sitio en vivienda que menos barreras presenta es el dormitorio con un porcentaje de 9,6%.

### 8.2.2 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON EL ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD.

Tabla Nº 5 Distribución de los determinantes sociales de la salud estructurales relacionados con el origen de la discapacidad.

ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Condiciones de salud de la madre durante embarazo.	2904	6,4
Complicaciones en el Parto	1191	2,6
Enfermedad General	19118	42,4
Alteración Genética, Hereditaria	4632	10,3
Lesión Auto-infringida	148	,3
Enfermedad Profesional	442	1,0
Consumo de psicoactivos	553	1,2
Desastre Natural	21	0
Accidente	5961	13,2
Víctima o violencia	1610	3,6
Conflicto armado	522	1,2
Dificultades en la prestación de servicios de Salud	400	0,9
Otra causa	474	1,1

**Fuente:** Construcción hecha por los investigadores

El registro evidencia que en lo relacionado con el origen de la discapacidad la enfermedad general con un 42,4% es el que mayor porcentaje registra seguida por el accidente con un 13,2% y como origen de la discapacidad dado por desastre natural el porcentaje registrado es de 0% por su baja frecuencia solo 21 casos del total. De las registradas por enfermedad no hay datos de que enfermedades son las frecuentes, de las registradas por accidente el 86,8% sin especificar el origen del accidente que genera la discapacidad, el 5,1% es por accidente de tránsito seguido de un 3,6% por accidentes en el hogar y 2,6% accidentes de trabajo.

### 8.3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS

#### 8.3.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).

Tabla N° 6 Distribución de los determinantes sociales intermedios relacionados con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

TIPO DE AFILIACIÓN AL SGSSS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Contributivo	16002	35,5
Subsidiado	23081	51,2
Régimen Especial	684	1,5
Vinculado	3533	7,8
Ninguno	11	0,0
No sabe	259	0,6
Sin respuesta	4	0,2

**Fuente:** Construcción hecha por los investigadores

Con respecto al tipo de afiliación el 96,7% se encuentran afiliados a algún régimen, distribuidos así el 51,2% pertenecen al régimen subsidiado, el 35,5% al régimen contributivo, el 7,8% son vinculados y un 1,5% pertenecen a un régimen especial, no saben el régimen al que pertenecen el 0,6%, sin afiliación y sin respuesta menos del 0,2%

#### 8.3.2 DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES MATERIALES DE TRABAJO.

Tabla N° 7 Distribución de los determinantes sociales intermedios relacionados con las condiciones materiales de trabajo.

SITUACIÓN LABORAL EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Trabajan	2538	5,6
Trabajando	2745	6,1
Buscando trabajo	1723	3,8
Incapacitado permanentemente para	19050	42,3

trabajar - sin pensión		
Incapacitado permanentemente para trabajar - con pensión	3198	7,1
Estudiando	3380	7,5
Realizando oficios del hogar	5835	13,0
Recibiendo renta	205	,5
Pensionado –jubilado	2111	4,7
Realizando actividades de autoconsumo	468	1,0
Otra actividad	3789	8,4
<b>CONTRATO DE TRABAJO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
A término fijo	269	0,6
A término indefinido	412	0,9
Sin contrato	2069	4,6
No hay respuesta	42292	93,9
<b>TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA ACTUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Industria	290	0,6
Comercio	969	2,2
Agrícola	44	0,1
Pecuaría	3	0,0
Servicios	1072	2,4
Otra actividad	369	0,8
No hay respuesta	42292	93,9
<b>EN EL TRABAJO SE DESEMPEÑA COMO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Obrero - empleado del gobierno	105	0,2
Obrero - Empleado particular	694	1,5
Jornalero o peón	90	0,2
Patrón o empleador	61	0,1
Trabajador por cuenta propia	1649	3,7
Empleado(a) doméstico(a)	126	,3
Trabajador familiar sin remuneración	22	,0
No hay respuesta	42292	93,9
<b>SU CAPACIDAD PARA EL TRABAJO SE HA VISTO AFECTADA COMO CONSECUENCIA DE SU DISCAPACIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	38662	91,0%
NO	3843	9,0%
<b>INGRESO MENSUAL PROMEDIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Sin Salario	30017	66,6
Un Salario Mínimo o Menos	8785	19,5

Hasta Dos Salarios Mínimos	5576	12.4
Hasta Tres Salarios Mínimos	393	0.9
Hasta Cuatro Salarios Mínimos	142	0.3
Cinco o Más Salarios Mínimos	129	0.3

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

De las personas registradas el 6,1% trabajan en los últimos 6 meses, el 42,3% se encontraron incapacitadas permanentemente para trabajar sin pensión, seguido de 7,1% Incapacitado permanentemente para trabajar con pensión, 3,8% buscando trabajo. 7,5% estudia; el 2,4% de la población que trabaja se desempeña en servicios seguida del comercio el resto de actividades no llega al 1%, otro determinante dentro de la población que trabaja es que dentro del trabajo se desempeña como trabajador por cuenta propia en un 3,7% seguido de obrero con 1,5% el resto de determinantes en relación al trabajo que desempeñan no alcanzan el 1%, y el 1,8% de la población según lo que muestra la tabla ha visto su capacidad para el trabajo afectada por la discapacidad.

En relación al salario el 66.6% de la población se encontró sin salario, seguido por el 19.2% que devengan un salario mínimo o menos, un 0.3% devengan cuatro o cinco salarios mínimos mensuales.

### 8.3.3 DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON EL TIPO DE VIVIENDA Y SU CONDICIÓN.

Tabla Nº 8 Distribución de los determinantes sociales intermedios relacionados con el tipo de vivienda y su condición.

TIPO DE VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casa	27786	61,7
Apartamento	15966	35,4
Cuarto	476	1,1
Institución pública	120	0,3
Institución privada	605	1,3
Calle	2	0,0

Otro tipo de vivienda	87	0,2
<b>CONDICIÓN DE LA VIVIENDA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Arriendo o subarriendo	13473	29,9
Vivienda propia y la está pagando	2590	5,8
Vivienda propia totalmente pagada	20387	45,3
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	6882	15,3
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	760	1,7
Otra	223	0,5
No hay respuesta	727	1,6

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

En los registros relacionados con vivienda se observa que un 61,7% vive en casa seguida de apartamento con un 35,4%, con menores porcentajes institución privada 1,3%, cuarto 1,1%, institución pública 0,3%, y con otro tipo de vivienda 0%, 2%; en lo relacionado con la condición de la vivienda se observa que el 45,3% la vivienda es totalmente pagada, seguida de arriendo y subarriendo 29,9%, vivienda de un familiar sin pagar arriendo 15,3%, con menores porcentajes vivienda propia y la está pagando 5,8%, viviendo de un tercero sin pagar arriendo 1,7%. En lo relacionado a si vive solo o acompañado el 95,7% vive acompañado.

#### **8.3.4 DETERMINANTES INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.**

Tabla Nº 9 Distribución de los determinantes sociales intermedios relacionados con los servicios de rehabilitación.

<b>RAZON DE LA RECUPERACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
A los servicios de salud y rehabilitación recibidos	1797	4,0
Al apoyo de la familia	939	2,1
A su empeño por salir adelante	569	1,3
A la ayuda de Dios	1557	3,5

A la acción de la medicina alternativa	109	0,2
Otra	40	0,1
No hay respuesta	40031	88,9
<b>ASISTE AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	24410	54,2
No	12929	28,7
No hay respuesta	7703	17,1
<b>TIPO DE REHABILITACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Medicina física y rehabilitación	4139	9,2
	45042	100,0
Psiquiatría	5343	11,9
	45042	100,0
Fisioterapia	8494	18,9
	45042	100,0
Fonoaudiología	2514	5,6
	45042	100,0
Terapia ocupacional	2827	6,3
	45042	100,0
Optometría	2467	5,5
	45042	100,0
Psicología	4217	9,4
	45042	100,0
Trabajo social	592	1,3
	45042	100,0
Medicamentos permanentes	27095	60,2
	45042	100,0
Otro tipo de rehabilitación	3990	8,9
	45042	100,0
Ningún tipo de rehabilitación	7704	17,1
	45042	100,0
<b>ESTABLECIMIENTO DONDE RECIBE LA REHABILITACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Público	18745	41,6
Privado	5459	12,1
No sabe	214	,5
No hay respuesta	20624	45,8
<b>NO RECIBE SERVICIO DE REHABILITACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>



Ya terminó la rehabilitación	3024	6,7
Cree que ya no lo necesita	1583	3,5
No le gusta	1033	2,3
Falta dinero	7642	17,0
El centro de atención queda muy lejos	265	0,6
No hay quien lo lleve	288	0,6
No sabe	6791	15,1
No hay respuesta	24416	54,2

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

En los determinantes relacionados con la rehabilitación en el cuadro se observa que el mayor porcentaje refiere su recuperación a los servicios de rehabilitación con un 4%, seguida de la ayuda de Dios 3,5% y de la familia 2,5%.

La tabla muestra que los medicamentos permanentes como forma de rehabilitación se le ordenaron a un 60% de la población, otro porcentaje que se visualiza es la fisioterapia la con un 18,9% mientras trabajo social se ordenó a 1,3% de los encuestados en el registro.

Se muestra además que la rehabilitación en un establecimiento público corresponde al 41,6%, frente a un 12,1% en un establecimiento privado. La determinante asistencia a rehabilitación actualmente muestra que un 54,2% si asiste al servicio y un 28,7% que no asiste. A la pregunta del porque no recibe servicio de rehabilitación se observa que el 17% por falta de dinero, el 15,1% no sabe y el 6,7% ya terminó el servicio.

#### **8.4 COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA EN FUNCIONES Y ESTRUCTURAS, LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.**

##### **8.4.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD RELACIONADAS CON ALTERACIONES, LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN**

Tabla N° 10 Distribución de los componentes de la discapacidad relacionadas con alteraciones, limitación en la actividad y restricción en la participación.

<b>TIPO DE ALTERACIÓN EN FUNCIONES O ESTRUCTURAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
El Sistema Nervioso	21580	47,9
	45042	100,0
Los oídos	6530	14,5
	45042	100,0
Los Ojos	11124	24,7
	45042	100,0
La voz y el habla	9970	22,1
	45042	100,0
El Sistema genital y reproductivo	3884	8,6
	45042	100,0
El Movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.	26855	59,6
	45042	100,0
Los demás Órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto).	1551	3,4
	45042	100,0
El Sistema cardiorrespiratorio y las defensas	11569	25,7
	45042	100,0
La digestión, el metabolismo, las hormonas	6169	13,7
	45042	100,0
La piel	1660	3,7
	45042	100,0
Otra	281	,6
	45042	100,0
Ninguna	1	0
	45042	100,0
<b>LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Pensar, memorizar	20618	45,8
	45042	100,0
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	9750	21,6
	45042	100,0
Oír aún con aparatos especiales	5741	12,7
	45042	100,0
Distinguir sabores u olores	1494	3,3
	45042	100,0

Hablar y comunicarse	10373	23,0
	45042	100,0
Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	11195	24,9
	45042	100,0
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	4758	10,6
	45042	100,0
Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	5303	11,8
	45042	100,0
Caminar, correr, saltar	26394	58,6
	45042	100,0
Mantener piel, uñas y cabellos sanos.	2020	4,5
	45042	100,0
Relaciones con las demás personas y el entorno.	8880	19,7
	45042	100,0
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos.	12247	27,2
	45042	100,0
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo.	9920	22,0
	45042	100,0
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo.	5610	12,5
	45042	100,0
Excelente sus actividades diarias	620	1,4
	45042	100,0
<b>RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Con la familia y amigos	22260	49,4
	45042	100,0
Con la comunidad	5191	11,5
	45042	100,0
Religiosas o espirituales	15504	34,4
	45042	100,0
Productivas	1324	2,9
	45042	100,0
Deportivas o de recreación	4518	10,0
	45042	100,0
Culturales	1938	4,3
	45042	100,0
Educación no formal	439	1,0
	45042	100,0
Ciudadanas	616	1,4
	45042	100,0
Otras	108	,2
	45042	100,0

<b>PARTICIPACIÓN EN ALGUNA ORGANIZACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si participa	3596	7,8
No participa	39017	86,6
Sin respuesta	2529	5,6

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

En la tabla anterior se observa como los determinantes sociales de la salud estructurales relacionados con alteraciones el registro evidencia un porcentaje importante en las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo, manos brazos, piernas con un 59,6% seguida de alteraciones permanentes del sistema nervioso con un 47,9% en el sistema cardiorespiratorio y las defensas con un 25,7%, alteraciones permanentes en los ojos 24,7% las de la voz y el habla 22,1%.

En menor porcentaje se encuentran alteraciones permanentes de la digestión, metabolismo, hormonas 13,7%, las de oídos 14,5%, genital y reproductivas 8,6%, piel 3,7% órganos de los sentidos tacto y gusto con un menor porcentaje 3,4%. El 0.6% de las personas refieren en poseer otra alteración permanente no especificada.

La limitación más frecuente está relacionada con caminar, correr, saltar 58,6% seguida de pensar 45,8%; como otras limitaciones se encuentran las relacionadas con llevar traer utilizar objetos con las manos con 27,2%, desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón 24,9%, hablar y comunicarse 23% cambiar mantener la posición del cuerpo 22%, percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas 21,6%, relaciones con las demás personas y el entorno 19,7%.

Presentan menores frecuencias, limitaciones permanentes para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo 12,5%, para retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos 11,8%. Para masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos 10,6%. Mantener piel, uñas y cabellos sanos 4,5%. Distinguir sabores u olores 3,3% y se observa además un porcentaje de 1,4% con otras limitaciones.

Con respecto a restricción en la participación se encontró que en mayor porcentaje 49,4% se encuentra en la participación con la familia y amigos, la participación en actividades religiosas con un 34,4%, con la comunidad 11,5% y recreación o deporte 10,0%, la restricción en la participación de actividades culturales 4,3%, actividades productivas 2,9%, ciudadanas 1,4% y educación no formal 1,0%.

En lo relacionado con la participación o no en una organización el 86,6% no participa y el 7,8% si participa, a las razones por las que no participa su discapacidad representa un 48,2% y en la variable si participaría en alguna organización en defensa de los derechos de población con discapacidad la respuesta positiva es de un 58%.

#### **8.4.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA EN FUNCIONES Y ESTRUCTURAS, LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN, SEGÚN LA CIF.**

Tabla N° 11 Componentes de la discapacidad.

<b>DISCAPACIDAD</b>		
<b>Determinantes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Deficiencia	45042	100.0
Limitación	44997	99.9
Restricción en la Participación	28031	62.2

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

El cuadro anterior representa los componentes de la discapacidad desde la CIF, el registro censo DANE muestra al realizar el análisis estadístico, en lo referente a la deficiencia un porcentaje del 100% lo que equivale al total de la población, un 99,9% presentan limitación, seguidamente un 62,2% presentan restricción en la participación.

## 8.5 ANÁLISIS BIVARIADO

### 8.5.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA, LIMITACIÓN Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

En el presente análisis se observa la relación existente entre deficiencia y limitación en la actividad con los determinantes estructurales, donde por encontrarse en los registros que presentan la deficiencia se obedece al 100% y las limitaciones en las actividades después de aproximarse a un valor igual al 100%, se convierten en unas constantes. Por tales razones se presentan las frecuencias y porcentajes, dado que no admiten pruebas estadísticas.

### 8.5.2 DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

#### 8.5.2.1 SEXO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

Tabla N° 12 Comparativo entre el sexo y la restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup> VALOR	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Sexo						
Hombre	8832	13539	55,471	,000	0,35	,000
Porcentaje	51,9%	48,3%				
Mujer	8179	14492				
Porcentaje	48,1%	51,7%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Analizando el determinante sexo con la restricción en la participación se encontró que dentro de los sin restricción el 51,9% son hombres y el 48,1% son mujeres y dentro del grupo con restricción el 48,3% hombres y 51,7% mujeres. Al aplicar el chi cuadrado se observa asociación estadísticamente significativa entre ellas ( $Chi^2=55,471$   $P=0,000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia ( $Phi=0,35$   $P=0,000$ ) lo anterior muestra una fuerza de asociación baja.

### 8.5.2.2 EDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 13 Comparativo entre la edad y Restricción en la Participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup> VALOR	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Edad			1807,226	,000	,196	,000
Infancia	3082	1663				
Porcentaje	18,1%	5,9%				
Juventud	1578	3644				
Porcentaje	9,3%	13,0%				
Adulthood joven	2125	4327				
Porcentaje	12,5%	15,4%				
Adulthood media	5520	10906				
Porcentaje	32,4%	38,9%				
Vejez	4706	7491				
Porcentaje	27,7%	26,7%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar edad con la restricción en la participación se encontró mayor porcentaje, en la adultez media y la vejez dentro de los registros sin restricción en la participación y en los registros con restricción los porcentajes mayores correspondieron a adultez media 38.9% y vejez 26.7%. Al realizar la prueba Chi<sup>2</sup> se halló asociación estadísticamente significativa entre éstas (Chi<sup>2</sup>=1807,226 P=0.000) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia la cual muestra un poder de asociación nula por sus resultados. (Coeficiente de contingencia =0,196 P=0,000).

### 8.5.2.3 NIVEL EDUCATIVO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 14 Comparativo entre el nivel educativo y restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup> VALOR	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Nivel educativo			1677,907	,000	,190	,000
Ninguno	5499	6477				
Porcentaje	32,3%	23,1%				
Primaria	7592	12833				
Porcentaje	44,6%	45,8%				
Secundaria	3023	7206				
Porcentaje	17,8%	25,7%				
Superior	401	1514				
Porcentaje	2,4%	5,4%				
Sin respuesta	495	1				
Porcentaje	2,9%	,0%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

La tabla anterior muestra como en el nivel en grupo sin restricción se encontró en mayores porcentajes los que tienen primaria 44,6%, no tienen ningún nivel 32,3%, seguido de secundaria 17,8% para el grupo con restricción primaria 45,8%, secundaria 25,7%, seguida de no tiene ningún nivel 23,1%. Al comparar edad con la restricción en la participación se encontró asociación estadísticamente significativa ( $\text{Chi}^2=1677,907$   $P=0,000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia observándose nula (Coeficiente de contingencia =0,190  $P=0,000$ )



### 8.5.2.4 ETNIA Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 15 Comparativo entre la etnia y la restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup> VALOR	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Etnia			11,219	,011	0,16	,011
Negro	272	548				
Porcentaje	1,6%	2,0%				
Indígena	7	12				
Porcentaje	,0%	,0%				
Mestizo	16716	27458				
Porcentaje	98,3%	98,0%				
Otro	16	13				
Porcentaje	,1%	,0%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar etnia con la restricción en la participación se encontró dentro los sin restricción los mestizos representan 98,3% y en el grupo de registros con restricción 98% son mestizos. Al realizar la prueba de chi cuadrado se pudo evidenciar asociación estadísticamente significativa ( $Chi^2=11,219$   $P=0.011$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba correspondiente que muestra poder de dependencia nula (Coeficiente de contingencia =0,16  $P=0,011$ ).

### 8.5.2.5 ÁREA Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 16 Comparativo entre el área y la restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup> VALOR	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Área			187,532	,000	,064	,000
Cabecera	15955	25297				
Porcentaje	93,8%	90,2%				
Centro poblado	790	1856				
Porcentaje	4,6%	6,6%				
Rural disperso	266	878				
Porcentaje	1,6%	3,1%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar área con la restricción en la participación se encontró que dentro los sin restricción, los que habitan en la cabecera representan 93,8%, en el grupo de registros con restricción 90.2%. Al realizar la prueba de chi cuadrado se evidencia asociación estadísticamente significativa ( $Chi^2=187,532$   $P=0,000$ ) dicha asociación fue confirmada con la prueba correspondiente mostrando fuerza dependencia nula (Coeficiente de contingencia =0,64  $P=0,00$ )

### 8.5.2.6 ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 17 Comparativo entre estrato y la restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup> VALOR	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Estrato			180,509	,000	,063	,000
Bajo	12162	18492				
Porcentaje	71,5%	66,0%				
Medio	4771	9291				
Porcentaje	28,0%	33,1%				
Alto	60	236				
Porcentaje	,4%	,8%				
Sin dato	18	12				
Porcentaje	,1%	,0%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

La tabla anterior muestra como al comparar estrato socioeconómico con la restricción en la participación, los que habitan en estrato bajo son los que en mayor porcentaje tienen 71.5% dentro de los registros sin restricción en la participación y en el grupo de los registros con restricción el estrato bajo muestra el porcentaje mayor 66%. Al realizar la prueba de chi cuadrado se evidencia asociación estadísticamente significativa ( $Chi^2 = 180,509$   $P=0.000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia (Coeficiente de contingencia = 0,63  $P=0,000$ ) que muestra dependencia nula.

### 8.5.2.7 BARRERAS FÍSICAS Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 18 Comparativo entre barreras físicas y restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Barrera física			155,776	,000	,059	,000
Ninguno	3564	4566				

Porcentaje	21,0%	16,3%				
Barrera	13446	23462				
Porcentaje	79,0%	83,7%				
Sin dato	1	3				
Porcentaje	,0%	,0%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar las barreras físicas con restricción en la participación, se evidenció como las personas con discapacidad en los registros sin restricción en la participación, presentaron un porcentaje de 79% para los que presentan barreras físicas y en el grupo de los registros con restricción en la participación el mayor porcentaje corresponde. Las pruebas realizadas mostraron asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2=155,776$   $P=0,000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia con fuerza nula según resultados. ( $\Phi=0,059$   $P=0,00$ ).

### 8.5.2.8 BARRERAS ACTITUDINALES Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACION.

Tabla N° 19 Comparativo entre barreras actitudinales y restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P
Barrera actitudinal	Sin restricción	Con restricción	118,291	,000	,051	,000
Ninguno	13807	21537				
Porcentaje	81,2%	76,8%				
Barrera	3203	6489				
Porcentaje	18,8%	23,1%				
Sin dato	1	5				
Porcentaje	,0%	,0%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar barreras actitudinales con la restricción en la participación, se encontró el mayor porcentaje sin barreras actitudinales con el 81% en el grupo de registrados sin restricción y en el grupo de los con restricción el porcentaje mayor se observó en los sin barrera actitudinal 76.8%. La pruebas mostraron asociación entre estas variables ( $\chi^2=118,291$   $P=0.000$ ) y dicha asociación fue confirmada con fuerza de dependencia nula según prueba (Phi= 0,051  $P=0,00$ ).

### 8.5.3 DETERMINANTES INTERMEDIOS Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

#### 8.5.3.1 AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSS) y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 20 Comparativo entre la afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSS) y la restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup> VALOR	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P
Afiliación a SGSS	Sin restricción	Con restricción	13,151	,001	,017	,001
Ninguno	1429 8,4%	2115 7,5%				
Afiliado	14901 87,6%	24866 88,7%				
No sabe	681 4,0%	1050 3,7%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

En la tabla anterior se pudo encontrar como al comparar afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSS) con la restricción en la participación los que pertenecen al régimen afiliado tienen mayor porcentaje tanto para los que se encuentran sin restricción en la participación 87.6% como los que presentan restricción en la participación 88.7%. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se

evidencia asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2=13,151$   $P=0.001$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba Phi que muestra poder de dependencia nula ( $\Phi=0,17$   $P=0,001$ ).

### 9.5.3.2 TRABAJO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla Nº 21 Comparativo entre el trabajo y la restricción en la participación

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup> VALOR	VALOR P	COEF. DE CONTINGENCIA	VALOR P
Trabajo	Sin restricción	Con restricción	5409,049	,000	,327	,000
Trabajando	2153 12,7%	6427 22,9%				
Estudiando	565 3,3%	2815 10,0%				
Incapacitado para trabajar	7572 44,5%	11478 40,9%				
Otro	4190 24,6%	7304 26,1%				
No sabe	2531 14,9%	7 ,0%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar el trabajo con la restricción en la participación se encontró como las personas incapacitadas para trabajar representan el mayor porcentaje 44,5% esto dentro de los registros sin restricción en la participación en el grupo de los con restricción en la participación igualmente se observa con un 40.9%. Al realizar la prueba de chi cuadrado se halla asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2=5409.049$   $P=0.00$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia (Coeficiente de contingencia =0,327  $P=0,000$ ), que muestra fuerza dependencia baja.

### 8.5.3.2 TIPO DE VIVIENDA Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 22 Comparativo entre el tipo de Vivienda y la restricción en la Participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	COEF. CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Tipo de vivienda			42,13 2	,000	,031	,000
Casa	16785	27443				
Porcentaje	98,7%	97,9%				
Institucionalizado	190	535				
Porcentaje	1,1%	1,9%				
Otro	36	53				
Porcentaje	,2%	,2%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar el tipo de vivienda con la restricción en la participación se encontró que las personas que viven en casa 98,7% se encuentran en el grupo de registros sin restricción en la participación en el grupo de registros con restricción en la participación casa representa un mayor porcentaje 97.9%. Al realizar la prueba estadística se evidenció asociación significativa ( $Chi^2=42, 132$   $P=0.000$ ) y dicha asociación mostro fuerza de dependencia nula con la prueba correspondiente (Coeficiente de contingencia =0,031  $P=0,000$ ).

### 8.5.3.3 TIPO DE REHABILITACIÓN Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 23 Comparativo entre el tipo de rehabilitación y la restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Tipo de Rehabilitación						
Ninguna	3164	4540	43,12 8	Sig. ,000	,031	Sig. ,000
Porcentaje	18,6%	16,2%				
Tiene	13847	23491				
Porcentaje	81,4%	83,8%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

La tabla anterior muestra como al comparar el tipo de rehabilitación con la restricción en la participación se encontró en los registros sin restricción que el 81,4 % tienen algún tipo de rehabilitación, en el grupo con restricción el porcentaje mayor se encuentra en tienen algún tipo de rehabilitación 83.3%. Al realizar la prueba estadística se evidenció asociación significativa ( $Chi^2=43,128$   $P=0.000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba Phi que muestra fuerza de dependencia nula ( $Phi=0,31$   $P=0,000$ ).



### 8.5.3.4 SALARIO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 24 Comparativo entre salario y restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Salario			577,084	,000	,112	,000
Sin salario	12499	17518				
Porcentaje	73,5%	62,5%				
Hasta 3 SMLV	4444	10310				
Porcentaje	26,1%	36,8%				
Más de 3 SMLV	68	203				
Porcentaje	,4%	,7%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar salario con la restricción en la participación se encontró como el 73,5% están en los que no tienen en el grupo sin restricción en la participación, en el grupo de los con restricción igual los que no tienen salario represento mayor porcentaje 62.5%. Al realizar la prueba estadística se evidenció asociación significativa ( $Chi^2=577,084$   $P=0.000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia (Coeficiente de contingencia =0,112  $P=0,000$ ) que muestra dependencia nula.

### 8.5.3.5 CONDICIÓN DE LA TENENCIA DE LA VIVIENDA Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 25 Comparativo entre la condición de la tenencia de la Vivienda y restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Condición de la tenencia de la vivienda			87,785	,000	,044	,000
Propia	11017	18842				
Porcentaje	64,8%	67,2%				
Arriendo	5432	8041				
Porcentaje	31,9%	28,7%				
Otro	371	612				
Porcentaje	2,2%	2,2%				
No sabe	191	536				
Porcentaje	1,1%	1,9%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar Condición de la tenencia de la vivienda y la restricción en la participación, se encontró que en los registros sin restricción en la participación un 64,8% contaban con vivienda propia el porcentaje mayor en el grupo con restricción se encontró en vivienda propia 67.2%. Al realizar la prueba estadística se encontró que existe asociación entre estas variables ( $Chi^2=87,785$   $P=0.000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba correspondiente que muestra una fuerza de dependencia nula (Coeficiente de contingencia =0,044  $P=0,00$ ).

### 8.5.3.6 FACTORES DE RECUPERACIÓN Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 26 Comparativo entre factores de recuperación y restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Factores a los que atribuye su recuperación			151,420	,000	,058	,000
Servicio de salud	642	1264				
Porcentaje	3,8%	4,5%				
Apoyo familiar	860	2205				
Porcentaje	5,1%	7,9%				
Otro	15	25				
Porcentaje	,1%	,1%				
No sabe	15494	24537				
Porcentaje	91,1%	87,5%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar los factores a los que atribuye su recuperación con la restricción en la participación, se encontró que la respuesta no sabe es la de mayor porcentaje tanto para los sin restricción 91.1%, como para aquellos que la presentan 87.5%. Al realizar prueba estadística se mostró asociación entre estas variables ( $Chi^2=151,420$   $P=0.000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba mostrando fuerza de dependencia nula (Coeficiente de contingencia =0,058  $P=0,00$ ).

### 8.5.3.7 EMPLEO REALIZADO Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 27 Comparativo entre empleo realizado y restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	COEFICIENTE DE CONTINGENCIA	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Empleo realizado			322,111	,000	,084	. ,000
Obrero	198	817				
Porcentaje	1,2%	2,9%				
Patrón	15	46				
Porcentaje	,1%	,2%				
Independiente	385	1286				
Porcentaje	2,3%	4,6%				
Sin trabajo	16413	25882				
Porcentaje	96,5%	92,3%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar el empleo realizado con la restricción en la participación se encontró que el mayor porcentaje de encuestados en el registro de los que no presentan restricción en la participación 96,5% se encontraban sin trabajo y los registros con discapacidad sin trabajo 92.3%. Al realizar prueba estadística se encontró asociación entre estas variables ( $Chi^2=322, 111 P=0.000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia (Coeficiente de contingencia =0,084  $P=0,000$ ) la cual muestra una fuerza de dependencia nula.

### 8.5.3.8 CAPACIDAD DE TRABAJO POR DISCAPACIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 28 Comparativo entre capacidad de trabajo por discapacidad y restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Disminución de la Capacidad de Trabajo por Discapacidad						
Si	13297	25365	19,986	,000	,022	,000
Porcentaje	91,8%	90,5%				
No	1184	2659				
Porcentaje	8,2%	9,5%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar la capacidad de trabajo con restricción en la participación se encontró como en mayor porcentaje es la capacidad disminuida por discapacidad en los registros que no presentan restricción en la participación 91,8% en los registros con discapacidad el 90.5% responden a los disminución de trabajo por discapacidad. Al realizar la prueba de chi cuadrado se encontró asociación estadísticamente significativa ( $Chi^2=19,986$   $P=0.000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia que mostro fuerza dependencia nula ( $Phi=0,022$   $P=0,000$ ).

### 8.5.3.9 PARTICIPACION ACTUAL EN ALGUNA ORGANIZACIÓN Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.

Tabla N° 29 Comparativo entre participación actual en alguna organización y restricción en la participación.

DETERMINANTE	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		CHI <sup>2</sup>	VALOR P	PHI VALOR	VALOR P
	Sin restricción	Con restricción				
Participa en alguna Organización			5711,769	,000	,0356	. ,000
No responde	2527	2				
Porcentaje	14,9%	,0%				
Sí	198	3298				
Porcentaje	1,2%	11,8%				
No	14286	24731				
Porcentaje	84,0%	88,2%				
Total	17011	28031				
Porcentaje	100,0%	100,0%				

Fuente: Construcción hecha por los investigadores

Al comparar la participación actual en alguna organización con restricción en la participación, se encontró en mayor porcentaje que los del grupo de registros sin restricción en la participación no participan de alguna organización 84% y en el grupo de los con restricción el 88.2 no participa en alguna organización. Al realizar la prueba de chi cuadrado se encontró asociación estadísticamente significativa ( $Chi^2=5711,769$   $P=0.000$ ) y dicha asociación fue confirmada con la prueba de dependencia y su resultado mostró fuerza de dependencia nula. ( $Phi=0,356$   $P=0,00$ ).

## 9 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados del presente estudio reflejan relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad, desde las definiciones expuestas por la OMS, donde se plantean los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, igual que se ve en la conceptualización de discapacidad como un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad, lo que reafirma la interacción de factores que facilitan o permiten la evolución del concepto de discapacidad. Estas afirmaciones se apoyan en escritos como el propuesto por De Carvalho Antonio Ivo y Marchiori Buss Paulo “Se puede decir que el esfuerzo humano por comprender el proceso salud-enfermedad e intervenir en él desde siempre se ha enfrentado con la intervención de varias clases de factores determinantes” [57]. Se referencian estas líneas dado que los determinantes se han estudiado desde salud y enfermedad y el presente estudio precisa analizar los determinantes en relación a la discapacidad, lo que permitirá avances en los procesos que incluyen las personas con discapacidad.

En el análisis univariado de los determinantes estructurales de la salud en el presente estudio se muestran datos que al ser comparados con otros estudios donde factores como la edad, sexo, nivel educativo entre otros se relacionan presentando índices representativos. Albarran en España muestra que el 32% son personas de 65 y más años que tienen alguna discapacidad, algo más de dos millones de esas personas con discapacidad, son mujeres [59], Según lo plantea este mismo autor, la probabilidad de tener una discapacidad aumenta con la edad, aunque el aumento de las tasas de prevalencia es continuo conforme avanza la edad. A partir de los 50 años ese incremento se acelera de manera notable [59], aspecto que refuerza Cruz Velandia en Colombia, donde en su estudio muestra el caso de Bogotá, donde 72 de cada 1.000 personas son mayores de 60 años y están con discapacidad, en los menores de 60 años, la relación es 8 por cada 1.000, con respecto a la educación el mismo escribe el 23,5% de las personas con

discapacidad, no ha realizado estudios, 26,4% no ha culminado los estudios primarios y solo 5,4% cuenta con un nivel de escolaridad igual o superior a la educación básica secundaria completa [49].

En el estudio desarrollado en Medellín este hallazgo se profundiza en el análisis bivariado donde al aplicar el  $\chi^2$  en todos los cruces reflejaron significancia estadística ( $P=0,00$ ), apoyado por las pruebas específicas que mostraron fuerza de dependencia en general en todos los comparativos dependencias nula a baja lo que corrobora que la discapacidad es el resultado de múltiples determinantes que impactan tanto individual como colectivo, reafirmando con esto el siguiente aparte “se ha llegado a algunas conceptualizaciones que perciben la condición como un fenómeno universal, que hace parte de la discapacidad humana y que la mayoría de personas están en riesgo de experimentar” donde la CIF plantea que tiene en cuenta todos los aspectos del ser humano desde el modelo biopsicosocial que soporta los componentes mismos de la discapacidad, estructuras y funciones corporales, participación, factores contextuales además de incluir aspectos como la vejez y el embarazo, reconoce que no profundiza en algunos por falta de investigación especialmente los relacionados con los factores contextuales que son precisamente los que tienen una mayor relación con los determinantes en la forma como son planteados, igualmente la CIF advierte que no ha profundizado en la categorización de los factores contextuales personales por ser propios de cada individuo y por ende difícil de estandarizar lo que coincide conceptualmente con los determinantes y con los resultados del estudio el que deja ver la discapacidad como una condición multifactorial.

Es de reconocer que el trabajo en un primer momento muestra una descripción de los determinantes, discusión dada desde el mismo momento que se plantea el instrumento (registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad) [9], dado que su creación quería cuantificar los determinantes de la discapacidad y de esta manera objetivar aspectos importantes en materia de discapacidad, con una mirada a la posibilidad de que a razón de los resultados se



plantearían políticas públicas que favorecieran los procesos que los impactan y de esta manera cumplir con un objetivo de la salud pública como lo es la salud para todos, pero si se profundiza se ve como los interrogantes empiezan a emerger dado que el análisis real muestra en su inicio una realidad que no es lejana a la que se presenta en los países latinoamericanos tal como lo plantea Villar Eugenio donde dice que “la región latinoamericana es la que exhibe los mayores índices de inequidad en el planeta” [60]. Lo anterior aclara que el problema es tema de orden mundial y que por su complejidad todos los esfuerzos que se hagan por entenderlo son valiosos.

El análisis refleja como los determinantes estructurales son ampliamente estudiados en diferentes países y ayudan a entender el estudio hecho en Medellín, artículos como el de Cardona et al [12] muestran que la vejez es un factor que incide y que va en aumento y describe que las mujeres conforman la mayoría de los adultos mayores 190 mujeres por cada 100 hombres y continúan creciendo de forma dramática el estudio tenía contemplado dentro de sus objetivos caracterizar algunas condiciones socioeconómicas de hombres y mujeres de 20 a 64 años de edad, y aunque no muestra porcentajes valorativos, en conclusión sus aportes se ajustan, a los resultados que mostró el presente estudio donde el mayor porcentaje de personas con discapacidad es de sexo femenino, 50,3% en los determinantes relacionados con trabajo se observan porcentajes importantes en el tipo de trabajo, dado que el más representativo reportó la cifra más elevada y obedeció al que hacía referencia a imposibilitado para trabajar 42,3%, además de la discapacidad en la cual se ve reducida la capacidad para trabajar en un 91%, aunque los porcentajes pueden variar, se observa que esta condición se ve facilitada por varios determinantes a la vez.

Otro estudio concluye que las inequidades del envejecimiento y el sexo están íntimamente vinculadas con la pobreza a través de una interrelación muy compleja, la complejidad de esta relación tridimensional (sexo, vejez y pobreza) [61]. En el análisis estadístico de los registros de las personas con discapacidad en la ciudad

de Medellín se reconoce que el sexo presenta una leve tendencia a la mayoría de la población de sexo femenino, dada por unos porcentajes que corresponde a hombres 49,7% y mujeres 50,3%, y en el rango de edades se encontró el mayor porcentaje para aquellas comprendidas entre 50 y 54 años, con 8,1%, en edades que refieren a la tercera edad que es la tendencia a nivel mundial, convirtiendo el determinante edad en un factor que favorece la posibilidad de enfermedad; estos estudios llevan agregar otro determinante que tiene que ver con la pobreza, relacionado en este estudio con el nivel socioeconómico, el cual mostró que un gran porcentaje de los encuestados habitan en estrato 2. Otros escritos evidencian que la pobreza aumenta el riesgo, y de hecho, es de amplio conocimiento que la discapacidad tiene una relación directa con la pobreza [3] la mayoría de la población registrada en el presente estudio se encuentra en estrato bajo, específicamente en el 2 con 49,6%.

Es claro que las posibilidades de una atención en salud y habitar en sitios de estratos bajos como lo indica la Unión Europea, determina que a menor ingresos económicos y por vivir en estratos socioeconómicos bajos, se tiene íntima relación con una esperanza de vida baja y mayor riesgo de sufrir enfermedades, otro artículo versa que alrededor de 50% de la población con discapacidad en la Región tiene edad para trabajar (entre 2.250.000 y 2.956.000 personas). Sin embargo, los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, así como lo clara relación entre la pobreza y la discapacidad, hacen que la situación de las personas con discapacidad en la Región sea mayormente grave [62] a lo cual se agrega el nivel educativo el cual reporta en su mayoría la básica primaria 43,4% y está escrito que la discapacidad se presentan con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y bajo nivel educativo al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo [5].

Dado que el determinante edad tiende a la vejez es un factor que favorece la posibilidad de enfermedad y que de alguna forma explica por qué el origen de la discapacidad tiene un gran porcentaje en enfermedades generales con un 42,4% seguido del determinante accidente, donde se observa un porcentaje en accidentes de tránsito sobre los que hay estudios como los realizados por García HI, Vera CY,

Zuluaga LM, Gallego YA, el cual registra entre 1999 y 2008 29.676 lesionados [63], en el presente estudio se muestra que dentro de los determinantes relacionados con el origen de la discapacidad aquel que tiene que ver con los accidentes en general presenta un total de 5961 personas de los cuales 2294 fueron registrados por accidente de tránsito. Otro factor de origen de la discapacidad que llama la atención obedece a los accidentes producidos por agresión, donde solo un 3,6% se ven registrados en el presente estudio. En Medellín “la violencia es una de las causas más frecuentes de hospitalización e incapacidad, que además produjo alrededor del 25% de la carga de la enfermedad” [12], esto invita a revisar otros determinantes que permitan desde su descripción entender los determinantes sociales que están ligados a la discapacidad, se observa entonces que es inminente que la discapacidad es el resultado de la suma de varios determinantes.

Con relación a los determinantes sociales de la salud estructurales relacionados con alteraciones permanentes, el trabajo evidencia que el mayor porcentaje obedece a las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo, manos brazos, piernas con un 59,6% seguida de alteraciones permanentes del sistema nervioso con un 47,9% en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas con un 25,7%, alteraciones permanentes en los ojos 24,7% las de la voz y el habla 22,1%. Estas cifras, son muy semejantes a las reportadas en Bogotá por Cruz – Velandia, donde de igual forma el más alto porcentaje obedece a las funciones corporales afectadas relacionadas con el movimiento del cuerpo 54,9%, seguidas de la misma manera por las deficiencias en el sistema nervioso con el 48,9% [49], lo que demuestra que 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.

Al analizar el tipo de vinculación a los servicios de salud en este estudio se encontró que la mayoría de los encuestados pertenecen al régimen subsidiado 51,2% reafirmando lo planteado en el artículo Equidad en el Acceso a Servicios de Salud

en Antioquia, Colombia, el cual dice “Se observa que existen diferencias entre la percepción sobre el estado de salud del individuo y el régimen al cual pertenece; así, las personas afiliadas al régimen contributivo tienen una mayor probabilidad de tener un muy buen estado de salud, mientras las pertenecientes al régimen subsidiado o sin ningún tipo de afiliación tienen mayor probabilidad de reportar regular o mal estado de salud comparado con el contributivo” [19].

Es de resaltar a estudiosos del tema como Amartya Sen, quien desde hace algunos años reconocen, que la relación entre determinados resultados sociales y la salud, no puede explicarse lineal o directamente. El propio Sen ha expresado que, dentro de la literatura especializada, abundan los estudios que muestran conclusiones engañosas al respecto [64] reafirmado con estudios como los expuestos por Salgado de Snyder, Nelly et al. donde se evidencia que la pobreza sumada a la vejez y el sexo es un ejemplo de triada determinante de enfermedad [61] y el presente estudio lo muestra, al hacer el análisis univariado donde se encuentra una gran coherencia con los estudios anteriormente referenciados, sin embargo al hacer los cruces de determinante con los componentes de la discapacidad se encuentra significancia respaldada con las pruebas específicas, lo que permite ver la multifactoriedad sin hallar un factor de la discapacidad predominante por encima de los demás, como lo explica el estudio “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”, “Que aquellos elementos que afectan a cada miembro de una sociedad uniformemente son llamados constantes y son invisibles en estudios estadísticos de individuos en esa población (población con discapacidad) porque la estadística usa instrumentos de análisis de diferencias o patrones de variación entre un gran número de casos” [1].

En estas investigaciones en el caso colombiano, además de las dificultades teóricas que son comunes al estudio de los determinantes de las inequidad [1] lo que explica porque la deficiencia y la limitación se convierten en una constate y este hecho impide aplicar pruebas que muestren significancia estadística o más aún correlación, el componente de restricción en la participación en el presente estudio presentó un

62%, al hacer el análisis bivariado se observó asociaciones estadísticas en su totalidad dadas por un  $\chi^2$  ( $P=0,00$ ) y sus correspondiente prueba específica coeficiente contingencia o Phi evidenciando la multifactoriedad de la cual se habla desde el inicio de la discusión, lo que aporta al tema de investigación al demostrar que la discapacidad requiere ser visualizada desde la integralidad del ser humano, no desde sus partes aisladamente porque no se logra entender las relaciones como lo muestra el análisis, lo que hace necesario una mirada además de cuantitativa cualitativa y más cuando la base del instrumento es la CIF la cual defiende los determinantes desde los factores contextuales, por ende los resultados reflejan su origen, sumado a esto los determinantes sociales de la salud para esta condición son multifactoriales [57], es decir, que no se le otorga el protagonismo exclusivo a un solo determinante social, sino a la puesta en escena de varios factores según lo demostrado en los resultados.

La integración de las personas con discapacidad es responsabilidad del conjunto de la sociedad, no solo del Estado, y debe comprender la atención médica, el fomento del empleo, la práctica de la recreación y los deportes, la accesibilidad del medio físico y la rehabilitación. Estos estudios invitan a reflexionar sobre la manera como realmente las investigaciones en materia de equidad y salud, juegan un papel correspondiente, ya que cada una muestra la importancia de explorar los determinantes para facilitar los procesos de intervención sanitaria y demuestran que los determinantes tales como sexo, edad, pobreza y asistencia sanitaria, educación entre otros son factores determinantes de la salud pues de qué sirve reconocerlos de manera independiente y más aún de manera local, si solo llega a algunos actores para que lo revisen y no se inicien procesos de conocimiento y reconocimiento de estos factores.

Es allí donde el presente estudio retoma su importancia dado que este permitió vislumbrar en la realidad que un factor por sí solo no es determinante de la discapacidad si es manejado de manera aislada de los otros determinantes, y esto se demuestra en el análisis estadístico valga la reiteración, donde para el bivariado

el valor de  $\chi^2$ =muestra asociación( $P=0,00$ ) en todos los cruces, soportado o apoyado con una prueba específica según lo amerite (coeficiente de contingencia o Phi), de allí se desprende la necesidad de entender entonces que la salud es el resultado de sumar varios factores en positivo, entre los cuales está tener presente que la salud es un derecho de todos como se ve en países como Japón “Japón no es el país con mayor expectativa de vida del mundo sólo por el hecho de ser uno de los países más ricos o porque los japoneses fuman menos o hacen más ejercicio, sino porque es uno de los países más igualitarios del mundo”[57], reconociendo que el entendimiento de buenas condiciones de salud consisten en una responsabilidad compartida por todos los individuos y el poder público, que la salud es una inversión para la sociedad como un todo, y que la disminución de las desigualdades en salud en el país resulta no sólo de hacer efectivo un compromiso ético, sino también como un elemento del desarrollo y progreso para toda la nación (Canadá, 1994) [57].

Por lo tanto como lo cita Borrell C, Malmusi D para analizar los determinantes es importante tener en cuenta varios principios de los cuales se describen adecuadamente las estructuras y las dinámicas sociales. Se deben tener en cuenta los distintos ejes de desigualdad existentes, como el sexo, la etnia o la clase social, tal como se reconoció anteriormente; los cuales tienen en común que: a) son contextuales y dinámicos, ya que cambian a lo largo de la historia y en distintos contextos; b) son construcciones sociales y no biológicas; c) son sistemas que implican relaciones de poder y dominación (un grupo ejerce el poder sobre otro, lo que hace que los distintos grupos tengan intereses no solo opuestos sino antagónicos); d) tienen sentido tanto a nivel estructural o macro (de la sociedad) como a nivel psicosocial o micro (referido a las personas en su vida diaria), y e) se expresan simultáneamente tanto en la sociedad como en el individuo, ya que cada persona está localizada en cada una de las dimensiones o ejes [65].

Apoyando lo anterior, vemos el presente estudio, el cual incluye varias ciudades, resultados que varían en aspectos como los componentes de la discapacidad y específicamente en lo referente a la restricción, donde en Cali muestra 24,7% [66]

cabe resaltar que es el único estudio al momento terminado y aprobado dentro del trabajo determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en la ciudad de Cali Colombia, 2012: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, estudio multicéntrico, a diferencia de Medellín con un 62% en la restricción. En este mismo componente, lo que continua mostrándonos la multifactoriedad de los determinantes que afecta más a unas que a otras poblaciones.

A menudo, para entender los procesos que generan y reproducen las desigualdades en salud será necesario ir más allá de las metodologías cuantitativas, habitualmente más empleadas en epidemiología social, y usar metodologías cualitativas que permitan profundizar en ellos. Por otro lado, personas procedentes de distintas disciplinas, como por ejemplo la sociología, la política, la antropología, la historia o la economía, deben formar parte de los equipos de investigación junto con los profesionales de la salud.

Lo anterior apoyado por otros autores como Álvarez LS, presuponen que se requiere utilizar herramientas teóricas y metodológicas cuantitativas y cualitativas para indagar cómo la estructura de la sociedad enferma y mata de manera desigual [1] de estos y del estudio mismo se podría plantear que faltan instrumentos que precisen los determinantes sociales y de una manera más clara las fuerzas que favorecen la condición, de igual forma faltan procedimientos de investigación que los beneficien, lo que lleva a que se presenten dificultades en el planteamiento de soluciones efectivas que aporten a los procesos de inclusión más allá de la equidad que es uno de los objetivos del estudio de los determinantes sociales de la salud.

## 10 CONCLUSIONES

1. En cuanto a los determinantes sociales de la salud estructurales y la discapacidad se encontró en el presente estudio que: en mayor porcentaje son las mujeres quienes presentan discapacidad, en las edades comprendidas entre 45 y 59 años, el nivel educativo es primaria, la etnia correspondiente es mestiza, viven en la cabecera municipal, habitando en estrato 2 con mayor frecuencia. Las barreras físicas se presentan con mayor frecuencia, en comparación con las actitudinales. El origen de la discapacidad mostró que en mayor frecuencia se encuentran las enfermedades generales, donde llama la atención lo poco representativo de la violencia y los accidentes, especialmente los accidentes de tránsito.

2. En lo que respecta a los determinantes intermedios, en la seguridad social, la afiliación de las personas registradas en Medellín con mayor frecuencia fue la subsidiada, respecto al trabajo, se reflejó que en gran porcentaje se encontraron incapacitados para trabajar, lo que guarda una gran relación con un porcentaje importante en capacidad de trabajo disminuida a razón de la discapacidad, y de aquellos que trabajan, sus salarios en mayor proporción son menores a un salario mínimo legal vigente. Cuando se analizó la vivienda se encontró que en su gran mayoría viven en casa propia totalmente pagada, en un alto porcentaje asisten a procesos de rehabilitación, dentro de los que no asisten se detectan una gran mayoría y la razón obedece a la falta de recursos, esto relacionado con los bajos ingresos. Dentro de los servicios de rehabilitación el mayor porcentaje se encontró en los medicamentos, los cuales fueron recibidos en un establecimiento público por la mayoría.

3. En la ciudad de Medellín la totalidad de personas registradas con discapacidad, presentan al menos una deficiencia y una limitación, en lo referente a las alteraciones, el mayor porcentaje se observó en las correspondientes al movimiento de manos, brazos y piernas, seguidas de las correspondientes al sistema nervioso, las limitaciones en la actividad guardan relación con las deficiencias al presentarse



en mayor porcentaje para caminar saltar y pensar, la restricción en la participación mostró su mayor porcentaje en relaciones con familia y amigos.

4. En la ciudad de Medellín los componentes de la discapacidad muestran como para las personas reportadas en este registro, el 100% presentó deficiencias y limitaciones en actividades y el 62.2% presentan restricciones en la participación.

5. En la Ciudad de Medellín en la relación de los determinantes estructurales con restricción en la participación, se resalta que el mayor porcentaje de sexo femenino se encontró en el grupo con restricción en la participación, a diferencia del grupo sin restricción donde el sexo masculino presenta mayor porcentaje, en el comparativo edad los mayores porcentajes se observaron en adultez media y vejez en el grupo de registros sin y con restricción. Para el comparativo nivel educativo el mayor porcentaje es primaria en el grupo con y sin restricción, igual en la etnia, donde el mayor porcentaje obedeció a la mestiza y el área habitada mayormente correspondió a la cabecera, situación semejante se observó en el estrato donde el mayor porcentaje se presentó en estrato bajo, tanto en los registros con y sin restricción. Al describir lo relacionado con barreras y restricción, las físicas mostraron un mayor porcentaje en los registros con restricción, mientras las sin barreras actitudinales presentó el mayor porcentaje en los registros con y sin restricción en la participación.

6. En el análisis de los determinantes intermedios comparados con restricción en la participación, en la ciudad de Medellín se encontró para resaltar que el mayor porcentaje se encuentra afiliado en el grupo de registros con y sin restricción en la participación, en relación al trabajo, la capacidad de trabajo y el empleo se encontró que el mayor porcentaje observado son los correspondientes a incapacitados para trabajar, capacidad disminuida para trabajar y sin trabajo. En lo relacionado con el determinante salario, tanto en el grupo de registros con y sin restricción, sin salario fue el que mostró mayor frecuencia. El determinante tipo de vivienda en el comparativo, mostró mayor porcentaje en lo correspondiente a casa, tanto en el grupo con y sin restricción en la participación, seguidamente los que tienen algún

tipo de rehabilitación, la respuesta sí tiene, correspondió a la mayor frecuencia tanto para los con y sin restricción, se observó además que en el comparativo tenencia de la vivienda y restricción, el mayor porcentaje se observa en vivienda propia en el grupo con y sin restricción, por otra parte el comparativo factores a que atribuye la recuperación y restricción en la participación, muestra un gran porcentaje en la respuesta no sabe, en el grupo de registros con y sin restricción. En relación a la participación en una organización, el resultado fue un mayor porcentaje para no participan en el grupo de los registros con y sin restricción en la participación.

7. Al establecer las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y las personas con discapacidad caracterizadas en Medellín, se evidencia asociación estadísticamente significativa entre todos los determinantes sociales de la salud, estudiados con la presencia de restricción en la participación dado por el Chi cuadrado y confirmada con la prueba estadística correspondiente Phi o coeficiente de contingencia, con fuerzas de dependencia en general baja, demostrando la multifactoriedad entre los determinantes sociales de la salud y Discapacidad en esta ciudad.

## 11 RECOMENDACIONES

A partir de los resultados del presente estudio, los autores plantean las siguientes recomendaciones:

Aún cuando se alcanzaron los objetivos planteados inicialmente, se hace necesario profundizar en los determinantes sociales de la salud de las personas con discapacidad, a fin de tener una transformación en el lenguaje, incluyéndolo en los planes, programas, proyectos y acciones de las agendas de las ciudades, cuyo objetivo será el logro de la equidad en el género, la edad, el nivel educativo, la accesibilidad ambiental, la participación social y laboral, los ingresos y los factores de recuperación de la discapacidad. De la misma manera también se recomienda realizar nuevos estudios en los determinantes sociales donde se incluyan la nutrición, el medio ambiente y los desastres naturales, relacionados con la discapacidad, considerando su rico abordaje teórico a nivel mundial, pero sin desconocer su escaso abordaje a nivel local y los vacíos presentes en los sistemas de información donde se registran las personas con discapacidad en Colombia.

Se propone, que los responsables de los sistemas de información y los registros para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, deben hacer un cambio de lenguaje y pasar del técnico y científico a uno más simple, que descienda a los territorios y realidades, es decir, usar determinantes sociales de la salud en discapacidad, e incluir en sus componentes independencia en las actividades de la vida diaria e instrumentales, actividad física y deporte, considerando que las limitaciones más frecuentes son aquellas que comprometen la visión, el pensar, el racionalizar, y el movimiento. De este modo, el lenguaje utilizado puede ser mucho más adecuado para la población a intervenir, de manera que permita homogeneizar los criterios a la hora de operativizar los determinantes sociales, ya que de lo contrario se deben hacer procesos más complicados que demandan mayor tiempo en su realización.

Los estudios sobre determinantes sociales de la salud y discapacidad acorde a la revisión bibliográfica realizada son escasos, lo que hace necesario incentivar los procesos investigativos en diferentes ciudades de Colombia con el fin de establecer un panorama nacional, en aras de una transformación social.

Según los resultados del presente estudio, se hace necesario revisar las políticas públicas en la Ciudad de Medellín, especialmente la política pública de discapacidad, y hacer una reflexión sobre el hecho de darle más de una mirada al manejo de la discapacidad, dado que, como se demostró en este estudio, desde los determinantes sociales de la salud, la discapacidad en esta Ciudad, depende de varios factores, lo que hace que sea inminente invitar al sector responsable para revisar este tipo de estudios, con el ánimo de ampliar y mejorar los abordajes a esta población, de manera que las políticas toquen varios frentes, lo cual se facilitaría desde los diferentes determinantes sociales de la salud. Por lo anterior se hace perentorio agilizar la divulgación del presente estudio, una vez sea aprobado.

Se recomienda que los resultados de este estudio sean presentados a los aspirantes a la Maestría en Discapacidad de otras cohortes, dentro de los módulos referentes a la teoría que conceptualiza la discapacidad, de manera que se amplíen los conceptos desde nuestra realidad como un aporte al objeto de estudio de la Maestría.

Finalmente, se recomienda que además de las investigaciones de orden cuantitativo, es importante que respecto a los determinantes sociales de la salud y la discapacidad, también se realicen investigaciones de tipo cualitativo, para entender los procesos que generan y reproducen las desigualdades en salud, que permitan profundizar en ellos. Por otro lado, se debe incluir en estos procesos investigativos a profesionales de distintas disciplinas como la

sociología, la política, la antropología, la historia, la economía, etc., para participar en estos estudios, junto con los profesionales de la salud.

## 12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* Bogotá (Colombia). 2009. V.8 (17). p. 69-79. ISSN 1657-70272. (Fecha de acceso; Diciembre 6 del 2012). Disponible en:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165770272009000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165770272009000200005&script=sci_arttext).
2. Charton J. *Nothing about us without us.* Los Angeles: University of California; 2000. p. 17-27.
3. Bruner J. *Acción, pensamiento y lenguaje.* Madrid: Alianza editorial; 1989. p. 3–18.
4. Solar O, Irwin A. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2007. p.145-154.
5. Brandt E, Pope A. *Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering.* National Academy Press. Washington, D.C. 1997. p. 80 – 216.
6. Brigeiro M. *Cuerpo, cultura y discapacidad: Aproximaciones analíticas desde la teoría social.* En: Cuervo C, Trujillo A, Vargas D, Mena B, Pérez L, editores. *Universidade De Estado Do Rio De Janeiro.* Brasil. 2005. p. 220 – 235.
7. *Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia;* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004. p. 20 – 100.
8. Banco Interamericano de Desarrollo BID. *Discapacidad y Desarrollo Inclusivo.* In: BID; 2010. p.1- 10. (Fecha de acceso; Diciembre 6 del 2012). Disponible en: <http://www.mapeo-rse.info/promotor/banco-interamericano-de-desarrollo-bid>
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Dirección de censos y demografía. *Información sobre Discapacidad.* Manizales; 2006. p. 6-90. (Fecha de acceso; Diciembre 13 del 2012). Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/control\\_participacion/planes\\_institucionales/Planes\\_Indicativos/informe\\_gestion\\_2009.pdf](http://www.dane.gov.co/files/control_participacion/planes_institucionales/Planes_Indicativos/informe_gestion_2009.pdf).

10. Ministerio de Salud República de Colombia. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad. 2002. p. 5 – 50.
11. Duque Luis Fernando. Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia para los municipios colombianos. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2008.Vol 26 N 2 . p. 196-208.
12. Cardona Arango Doris. Mortalidad por causas externas en Medellín. Papeles de población Universidad Autónoma del estado de México.2008. Vol.056. p. 233-256.
13. Secretaría de Bienestar Social, Proyecto Ser Capaz. Política Pública en Discapacidad. Doc. Nov. 2011. p.1- 7.
14. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad, incluidos, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.2005. p. 1-4.
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de población por sexo y edad: 1985 - 2006. Bogotá: Ediciones DANE; 1999. P. 8-60.
16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, demografía Informe sobre discapacidad. 2004. p. 5-40.
17. Fundación Saldarriaga Concha. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. In: Fundación Santa Fe de Bogotá, editor. Bogotá D.C: Fundación Saldarriaga Concha – Fundación Santa Fe de Bogotá; 2009. p. 10-55
18. Restrepo R. El capital social en Medellín: medición, determinantes y diseño de políticas para su fomento. 2007. Vol.48. p.33-65.
19. Mejía M. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. 2007. vol.9, n.1 ISSN 0124-0064.
20. Cadavid C. Desarrollo cognitivo y estado nutricional: materia de los determinantes sociales. Perspectivas en Nutrición Humana (Medellín) Vol. 11, No. 01, Ene.-Jun 2009. p. 99-103.
21. Secretariat Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of

- Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005. p. 22-105.
22. Tovar L, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia. *Lecturas de Economía* 2003. p.177-208.
  23. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. *Health and Social Organization*. London: Blane D, Brunner E, Wilkinson D; 2000.p 1-8.
  24. Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. declaración provisional. En: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2007. p. 1-6.
  25. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Stockholm. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1990. p.14-27.
  26. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Pan AM J. Public Health* 11(5/6).2002. p.302.
  27. WHO. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, 2006. Discussion paper by Alec Irwin and Orielle Solar. p. 145-154.
  28. Health Canada. The Social Determinants of Health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector, Ottawa: York University; 2002. p. 5-10.
  29. Universidad Externado de Colombia. Dirección de Derechos Humanos y Acceso a la Justicia. Febrero. Conflicto y ViolenciaIntrafamiliar. 2002. p. 3-24.
  30. Wilkinson R. Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid facts. Copenhagen: world health organization; 2003. p. 8-30.
  31. BorrellC, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010.GacSanit.2010.doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.005.
  32. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J, et al. Final report to World Health Organization Commission on the social determinants of health from measurement and evidence owledge network, 2007 Disponible en:



- [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_final\\_report\\_102007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf). [acceso 10/07/2011].
33. Navarro V, editor. The political and social contexts of health. Amityville, New York: Baywood Publishing; 2004. p. 1-241.
  34. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22:429–45.
  35. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, et al. Synthetising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10: 45–53.
  36. Clarke A, McCarthy M, Álvarez-Dardet C, et al. New directions in European public health research: report of a workshop. *J Epidemiology Community Health*. 2007; 61:194–7.
  37. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *J Soc Policy*. 2004; 33:115–51.
  38. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008; 372:1661–9.
  39. Weber L. A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality. *Psychology of Women Quarterly*. 1998;22:13–32.
  40. Weber L. Reconstructing the landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. En: Schulz AJ, Mullings L, editores. *Gender, race, class, and health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 21–59.
  41. Burke MA, Eichler M. Global Forum for Health Research. The BIAS FREE Framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva: Global Forum for Health Research; 2006. 29:13–32.
  42. Sihto M. Reducing socioeconomic inequalities in health. *Health Policy Monitor*. 2007. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/fi/a9/2>. [acceso 10/07/2011].

43. National Institute for Health Research (UK). Delivering health research: progress report 2008/09. London: Department of Health; 2009. p. 3-5
44. Dunn J. Determinantes sociales de la salud de la población inmigrante Canadá de: resultados de la Encuesta de Población Nacional de Salud Ciencias Sociales y Medicina, Vol 51-11. p.1573-1593.
45. Denton M. Las diferencias de género en los determinantes estructurales y de comportamiento de la salud: un análisis de la producción social de salud Ciencias Sociales y Medicina, Vol 48-9. p. 1221-1235.
46. Denton M, Prus S, Walters V. Las diferencias de género en salud: un estudio canadiense sobre los determinantes psicosociales, estructurales y de comportamiento de la salud. Ciencias Sociales y Medicina, Vol58-12, p. 2585-2600.
47. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneve: World Health Organization; 2007. p. 17-57.
48. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2005-2006. Bogotá DC, Colombia. p.7-76.
49. Israel C. Hernández J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia), septiembre-diciembre de 2008. Vol 6-3. p.23-35
50. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 80. Política Pública Nacional de Discapacidad Julio de 2004. p. 5-11.
51. Emerson E, Madden R, Graham H, Llewellyn G, Hatton C, Robertson J. The health of disabled people and the social determinants of health. Public Health Research Consortium, University of York, York, UK, (2010), doi:10.1016/j.puhe.2010.11.003.
52. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 9-26.


53. Cott CA, GignacMA y Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiology Community Health* 1999;53:731-736 doi:10.1136/jech.53.11.731.
54. Hernández CF, Batista P. Metodología de la Investigación. México DF: McGraw-Hill; 1999. p. 8-41.
55. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. En. Ginebra; 1993. p. 53-56.
56. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución. En: 008430. Santafé de Bogotá; 1993. p. 1-12 (Fecha de acceso; Noviembre 29 del 2012). Disponible en: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)
57. De Carvalho Antonio Ivo & Marchiori Buss Paulo Determinantes sociales de la salud, la enfermedad e intervenciones Antonio Ivo de Carvalho Paulo MarchioriBussEste texto ha sido escrito en portugués y traducido al español. El original fue publicado en Carvalho AI e Buss P. Determinantes SociaisnaSaúde, naDoença e naIntervenção. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p.141-166.
58. OMS Organización mundial de la salud. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud.2001. p.1-251. (Fecha de acceso; Julio 13 del 2012). Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-02.pdf>.
59. Albarrán Irene et al. Factores de la Discapacidad en España Determinación de Perfiles. 2006. p. 1-21.
60. Villar, E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. Endereço: 20, avenue appia, ch-1211 Geneva 27, Suiçasaúdesoc.Sãopaulo, 2007. Vol.16-3. p.7-13.

61. Salgado de Snyder, Nelly et al. Género y Pobreza: Determinantes de la salud en la vejez. Universidad 655, Col. Sta. María Ahuacatlán 62508 Cuernavaca, Morelos, México salud pública de México. (Fecha de aceptado: 28 de mayo de 2007). / vol.49, suplemento 4 de 2007. p. 2 – 8.
62. Vásquez Armando et al La discapacidad en América Latina. Pan American Health Organization - 2006 - Social Science. p. 1-15.
63. García HI, Vera CY, Zuluaga LM, Gallego YA. Caracterización de personas lesionadas en accidentes de tránsito ocurridos en Medellín y atendidas en un hospital de tercer nivel, 1999-2008. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2010. Vol.28-2. p.105-117.
64. Santos Padrón Hilda. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Revista Cubana de Salud Pública. 2011. Vol.33-2. p. 136-144.
65. Borrell C, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. InformeSESPAS2010.GacSanit.2011.doi:11.1016/j.gaceta.2011.05.005
66. Ceron J. Determinantes sociales de la salud (DSS) y Discapacidad en Santiago de Cali, 2012.Resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad [ Tesis].Universidad Autónoma de Manizales. Facultad de Salud;2012

# 13 ANEXOS


## 14.1. ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

República de Colombia  
**PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**



DAHE  
DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN  
Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD**



Ministerio de Salud  
Ministerio de Bienestar Social

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

\* Omita todo lo que sea innecesario y déjelos en blanco.  
 \* Marque con una X el tipo de discapacidad y el número que le corresponda.  
 \* No marque más de una opción.

- Marque con una X el tipo de discapacidad.  
 - Marque con una X el tipo de discapacidad.  
 - Marque con una X el tipo de discapacidad.

Menores de 10 años  
 No marque: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

**ENCUESTA EN ESTE HOJERIN...**

I. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

1. Fecha de registro:

dd mm año

2. Departamento:

3. Municipio:

4. Área:

1. Urbana  
2. Centro poblado  
3. Rural disperso

5. Dirección:

6. Avenida/Carreteras públicas, barrio o sector:

7. ¿Cuál es el estrato de la vivienda?

1. Estrato 1    4. Estrato 4    7. Otro estrato  
2. Estrato 2    5. Estrato 5  
3. Estrato 3    6. Estrato 6

8. ¿Cuál es el tipo de vivienda?

1. Propiedad privada  
2. Alquilado  
3. Casa propia  
4. Teléfono  
5. Habitación de familia  
6. Alquilado  
7. Ninguna

9. ¿Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?

1. Sí  
2. No

10. ¿A qué tipo de vivienda pertenece?

1. Casa  
2. Apartamento  
3. Casa  
4. Institución pública  
5. Institución privada  
6. Calle  
7. Otro tipo de vivienda

11. ¿En qué condición posee la vivienda?

1. Alquilado o subarrendado  
2. Vivienda propia y la está pagando  
3. Vivienda propia total o en pago  
4. Vivienda propia familiar sin pagar intereses  
5. Vivienda propia sin pagar intereses  
6. Otra

II. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

12. Nombres y apellidos:

13. Documento de identidad:

1. C.C.    2. T.E.    3. P.T.    4. N.T.    (Otro a 15)

14. Número del documento de identidad:

15. Sexo:

1. Hombre  
2. Mujer

16. Fecha de nacimiento:

dd mm año

17. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Años

18. ¿Actualmente vive:

1. Solo  
2. Acompañado

19. ¿Cuántas personas conforman el hogar?

20. ¿Cuántos de ellos presentan discapacidad?

21. ¿A qué tipo de discapacidad pertenece? (solo para personas de 10 años y más)

1. Sí    2. No (más a 24)

22. Número de personas a cargo menores de 17 años:

23. Número de personas a cargo mayores de 17 años:

24. ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?

1. Sí  
2. No

25. ¿A qué institución de protección social pertenece?

1. Preafiliado  
2. No afiliado  
3. Seguro obligatorio  
4. Seguro voluntario  
5. Otro programa de bienestar  
6. Ninguno

26. De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿cómo se considera?

1. Religioso, espiritualista  
2. Panteísta/ateísta  
3. Panteísta  
4. Gnosticista/psíquico  
5. Ateo  
6. Otro diferente

## II. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

**27. Por su condición de salud, presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:**

1. El sistema nervioso
2. Los ojos
3. Los oídos
4. Los dispositivos de las extremidades (brazos, codo y mano)
5. La voz y el habla
6. El sistema cardiovascular y los tejidos
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
8. El sistema genital y reproductivo
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
10. La piel
11. Otra
12. Ninguna (base a 30)

**28. De las anteriores condiciones de salud, ¿cuál es la que más le afecta?**

--	--

**29. ¿Hace cuánto a los presenta esta condición de salud?**

	Años
--	------

**30. En sus actividades diarias presenta dificultades por las razones:**

1. Faltas, mareos
2. Necesidad de ir al baño o al baño a personas a poca distancia
3. Oír, sin tener que hablar repetidas
4. El tiempo necesario a otros
5. Ir al baño y manejarlo
6. Necesidad de ir al baño o al baño por problemas neurológicos o del corazón
7. Mantener el peso, subir y bajar las escaleras
8. Pasar a cualquier otro, tener cuidado con escaleras, tener hijos
9. Conducir, manejar, subir
10. Mantener pie, caderas y caderas bajas
11. Pasar tiempo con los demás, personas y animales
12. Usar mano, utilizar objetos con las manos
13. Controlar y manejar los problemas de tiempo
14. Almorzar, usar y utilizar por el mismo
15. Otra
16. Ninguna

**31. En su hogar o entorno social, ¿quién presenta actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?**

1. Familiares
2. Amigos, compañeros
3. Vecinos
4. Funcionarios, empleados
5. Otras personas
6. Nadie

**32. ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?**

1. Corredores
2. Baño, WC
3. Baño - aseo
4. Escaleras
5. Pasillos - pasadizos
6. Anchos, accesos
7. Cobertizos
8. Baños, platos, sillas, sillas, sillas
9. Pasillos, barreras de transporte
10. Ventanas de transporte público
11. Centros educativos
12. Lugares de trabajo
13. Centros de salud, hospitales
14. Centros comerciales, tiendas de comercio
15. Otras lugares
16. Ninguna

**33. ¿Cuáles son las de menor autonomía habilitadas en?**

1. Música y artes
2. Pesca
3. Deportes
4. Trabajo
5. Interés
6. Ninguna

**34. ¿Cuál es el origen de su discapacidad?**

1. Sí
2. No (base a 4)

**35. Principales causas de discapacidad o causa cuando de:**

1. Condiciones de salud de la madre durante el embarazo
2. Complicaciones en el parto
3. Enfermedades genéticas
4. Enfermedades infecciosas, bacterianas
5. Lesión durante el parto
6. Enfermedad profesional (base a 30)
7. Consumo de sustancias (base a 37)
8. Trauma natural (base a 33)
9. Accidentes (base a 28)
10. Violencia de género (base a 40)
11. Condiciones de trabajo (base a 41)
12. Dificultades en la prestación de servicios de salud (base a 42)
13. Otra causa (base a 43)

**36. Enfermedad profesional por:**

1. Malos ambientes físicos de trabajo
2. Condiciones de seguridad (caídas, equipos, herramientas)
3. Contaminación (químicos, biológicos)
4. Carga de trabajo física o mental (factores organizacionales)
5. Organización del trabajo (polivalencia)
6. Otra causa

**37. Por consumo de drogas tiene:**

1. Polivalencia (base a 43)
2. Polivalencia (base a 43)

**38. Desastres naturales:**

1. Terremoto
2. Inundación
3. Deslizamiento
4. Otro desastre natural

**39. Por accidente:**

1. Traumatismo
2. En el hogar
3. En el centro educativo
4. De trabajo
5. Transporte
6. Otro tipo de accidente

**40. Como víctima de violencia:**

1. Al interior del hogar
2. Comenzando con el
3. Social
4. Otra

**41. Por violencia armada por:**

1. Arma de fuego
2. Bomba
3. Minas antipersonales
4. Otro tipo de arma

**42. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:**

1. Atención médica incorrecta
2. Equipos en el diagnóstico
3. Farmacología o aplicación equivocada de medicamentos
4. Dificultades en la calidad de la atención
5. Otra

**43. ¿En su familia se le han o está haciendo mal o personas con discapacidad?**

1. Sí
2. No
3. No sabe

**44. ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**45. ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IV. SALUD	
<p>46. ¿Sabe a dónde acudir?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pasa a 49)</p>	<p>48. ¿Actualmente está en la lista de espera de rehabilitación?</p> <p>1 <input type="radio"/> A los servicios de salud y rehabilitación</p> <p>2 <input type="radio"/> Al centro de la familia</p> <p>3 <input type="radio"/> A un centro para niños con discapacidad</p> <p>4 <input type="radio"/> A la escuela de ODS</p> <p>5 <input type="radio"/> A la escuela de la escuela alternativa</p> <p>6 <input type="radio"/> Otro</p>
<p>47. ¿Cuál es el tipo de aflicción?</p> <p>1 <input type="radio"/> Físico</p> <p>2 <input type="radio"/> Psicológico</p> <p>3 <input type="radio"/> Físico y psicológico</p> <p>4 <input type="radio"/> Otro (pasa a 49)</p>	<p>49. ¿Cuál tipo de rehabilitación le brindaron?</p> <p>1 <input type="radio"/> 1. Medicina física y ocupacional</p> <p>2 <input type="radio"/> 2. Psicológica</p> <p>3 <input type="radio"/> 3. Fisiología</p> <p>4 <input type="radio"/> 4. Terapias ocupacionales</p> <p>5 <input type="radio"/> 5. Terapia ocupacional</p> <p>6 <input type="radio"/> 6. Logopedia</p> <p>7 <input type="radio"/> 7. Fisiología</p> <p>8 <input type="radio"/> 8. Trabajo social</p> <p>9 <input type="radio"/> 9. Medicamentos para niños</p> <p>10 <input type="radio"/> 10. Otro tipo de rehabilitación</p> <p>11 <input type="radio"/> 11. Ninguno (pasa a 49)</p>
<p>49. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>50. ¿Actualmente está en la lista de espera de rehabilitación?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pasa a 49)</p>
<p>51. ¿Su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>51. ¿Cuáles paga la rehabilitación?</p> <p>1 <input type="radio"/> El sistema general de salud</p> <p>2 <input type="radio"/> La familia</p> <p>3 <input type="radio"/> El proveedor</p> <p>4 <input type="radio"/> Una ONG</p> <p>5 <input type="radio"/> El empleador</p> <p>6 <input type="radio"/> Otro</p>
<p>52. ¿Le ordenaron un análisis o pruebas, análisis o medicaciones para evaluarlo?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>52. Si el establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:</p> <p>1 <input type="radio"/> Público</p> <p>2 <input type="radio"/> Privado</p> <p>3 <input type="radio"/> Mixto (pasa a 49)</p>
<p>53. ¿Usó o usó alguna de las ayudas tecnológicas, prótesis o dispositivos para avanzar?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>53. ¿Por qué no recibió servicios de rehabilitación?</p> <p>1 <input type="radio"/> No se le brindó rehabilitación</p> <p>2 <input type="radio"/> Fue muy lejos de la escuela</p> <p>3 <input type="radio"/> No hay espacio</p> <p>4 <input type="radio"/> Falta de dinero</p> <p>5 <input type="radio"/> El centro de atención que se brindó no ayudó</p> <p>6 <input type="radio"/> No hay suficiente tiempo</p> <p>7 <input type="radio"/> No sé</p>
<p>54. ¿Cree que si le brindaron de ayuda oportuna, podría o podría avanzar para avanzar?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>54. ¿Cuál otro apoyo tiene o tiene acceso a recibir de su familia?</p> <p>1 <input type="radio"/> Alto</p>
<p>55. ¿Se está ocupando de su discapacidad?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pasa a 49)</p>	<p>55. ¿Sabe si el municipio cuenta con servicios de rehabilitación?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>

V. EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más	
<p>66. ¿Sabe leer y escribir?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>	<p>70. ¿Los docentes atienden o deciden sobre sus necesidades educativas especiales?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pasa a 72)</p>
<p>67. ¿Asiste voluntariamente a algún establecimiento educativo?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No (pasa a 72)</p>	<p>71. ¿Cuál es la causa principal por la cual no asiste?</p> <p>1 <input type="radio"/> Falta de interés o voluntad que no está en edad escolar</p> <p>2 <input type="radio"/> Falta de recursos educativos o falta de dinero</p> <p>3 <input type="radio"/> Falta de tiempo</p> <p>4 <input type="radio"/> No asiste al escolar en tiempo</p> <p>5 <input type="radio"/> Falta de apoyo</p> <p>6 <input type="radio"/> Necesita otros servicios educativos</p> <p>7 <input type="radio"/> Necesita trabajo</p> <p>8 <input type="radio"/> No le gusta o no le interesa el estudio</p> <p>9 <input type="radio"/> Falta de apoyo o recursos educativos</p> <p>10 <input type="radio"/> Otra razón que no está en la lista</p> <p>11 <input type="radio"/> Otro</p>
<p>68. El establecimiento en donde estudia, es:</p> <p>1 <input type="radio"/> Público</p> <p>2 <input type="radio"/> Privado</p>	<p>72. ¿Cree que si le brindaron de ayuda oportuna, podría o podría avanzar para avanzar?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>
<p>69. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con:</p> <p>1 <input type="radio"/> 1. Profesores</p> <p>2 <input type="radio"/> 2. Tecnología</p> <p>3 <input type="radio"/> 3. Materiales</p> <p>4 <input type="radio"/> 4. Ninguno</p>	<p>73. ¿Cree que si le brindaron de ayuda oportuna, podría o podría avanzar para avanzar?</p> <p>1 <input type="radio"/> Sí</p> <p>2 <input type="radio"/> No</p>

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

24. ¿Cuál fue el centro al que asistió sus hijos/as?

Preceder:  1  2  3

Reservar plaza:  4  5  6  7  8

Reservar matrícula:  9  10  11  12  13  14

Tarjetas o concursos:  15  16  17

Descontando:  18  19  20  21  22

Postergando:  23  24  25  26

Ninguno:  27 (Otras: )

25. ¿Habrán más hijos/as?

Sí  No

26. ¿Puede seguir en los estudios, en otros centros?

En el mes: 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° 9° 10° 11° 12°

Si no:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

27. ¿La situación que le describe responde a una necesidad?  Sí  No

28. Si le ofrece la oportunidad de estudiar a seguir en la escuela, ¿lo haría?  Sí  No

**VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS: para personas de 16 años y más**

29. ¿Participa en actividades?

Sí  No

30. ¿Con la familia y amigos?

Sí  No

31. ¿Con la comunidad?

Sí  No

32. ¿Responde a convocatorias?

Sí  No

33. ¿Desarrolla actividades de recreación?

Sí  No

34. ¿Cuidando?

Sí  No

35. ¿Cuidando en terreno?

Sí  No

36. ¿Cuidando en casa?

Sí  No

37. ¿Cuidando en otros lugares?

Sí  No

38. ¿Haciendo?

Sí  No

39. ¿La familia está participando en alguna organización?

Sí (Otras: )  No

40. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

41. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

42. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

43. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

44. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

45. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

46. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

47. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

48. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

49. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

50. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

51. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

52. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

53. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

54. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

55. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

56. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

57. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

58. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

59. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

60. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

61. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

62. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

63. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

64. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

65. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

66. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

67. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

68. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

69. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

70. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

71. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

72. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

73. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

74. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

75. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

76. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

77. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

78. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

79. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

80. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

81. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

82. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

83. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

84. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

85. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

86. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

87. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

88. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

89. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

90. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

91. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

92. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

93. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

94. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

95. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

96. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

97. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

98. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

99. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

100. ¿La familia ha participado en alguna organización alguna vez?

Sí  No

**VII. TRABAJO: para personas de 16 años y más**

81. ¿Cuánto tiempo dedica al trabajo, las actividades remuneradas?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

82. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

83. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

84. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

85. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

86. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

87. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

88. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

89. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

90. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

91. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

92. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

93. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

94. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

95. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

96. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

97. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

98. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

99. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

100. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

1 Trabajo  2 Retiro  3 Inactividad  4 Desempleo  5 Inactividad  6 Desempleo  7 Inactividad  8 Desempleo  9 Inactividad  10 Desempleo

**IMPORTANTE:** LA LÍNEA DE CONTACTO PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DEL SERVICIO DE ASISTENCIA SOCIAL DEL GOBIERNO FEDERAL ES EL 1122. Este servicio funciona las 24 horas del día y los 365 días del año.

A través del 1122 se puede solicitar información sobre el programa de atención de emergencias del gobierno federal.

Nombre:  Apellido:

Celular:  Correo:



## 14.2. ANEXO 2: TABLAS BIVARIADO SPSS.

Tabla de contingencia

Recuento

		RESTRICCION		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Sexo	Hombre	8832	13539	22371
	Mujer	8179	14492	22671
Total		17011	28031	45042

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,471(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	55,326	1	,000		
Razón de verosimilitud	55,481	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	55,470	1	,000		
N de casos válidos	45042				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8448,85.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,035	,000
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

Tabla de contingencia

Recuento

		RESTRICCION		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
EDAD	Infancia	3082	1663	4745
	Juventud	1578	3644	5222
	Adulthood joven	2125	4327	6452
	Adulthood media	5520	10906	16426
	Vejez	4706	7491	12197

Total	17011	28031	45042
-------	-------	-------	-------

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1807,226(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	1754,880	4	,000
Asociación lineal por lineal	408,373	1	,000
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1792,04.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,196	,000
N de casos válidos	45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Tabla de contingencia Nivel Educativo \* RESTRICCION**

Recuento

		RESTRICCION		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Nivel Educativo	ninguno	5499	6477	11976
	primaria	7592	12833	20425
	secundaria	3023	7206	10229
	superior	401	1514	1915
	Sin respuesta	495	1	496
Total		17010	28031	45041

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1677,907(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	1839,962	4	,000
Asociación lineal por lineal	295,455	1	,000
N de casos válidos	45041		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 187,32.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,190	,000
N de casos válidos		45041	

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

**Medidas simétricas**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		RESTRICCION		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Etnia	Negro	272	548	820
	Indígena	7	12	19
	Mestizo	16716	27458	44174
	Otro	16	13	29
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,219(a)	3	,011
Razón de verosimilitud	11,212	3	,011
Asociación lineal por lineal	8,455	1	,004
N de casos válidos	45042		

- a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,18.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,016	,011
N de casos válidos		45042	

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

**Tabla de contingencia**

Recuento

		RESTRICCION		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Área	Cabecera	15955	25297	41252
	Centro poblado	790	1856	2646
	Rural disperso	266	878	1144
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	187,532(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	197,391	2	,000
Asociación lineal por lineal	186,661	1	,000
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 432,05.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,064	,000
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Tabla de contingencia**

Recuento

		RESTRICCION		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
ESTRATO	Bajo	12162	18492	30654
	Medio	4771	9291	14062
	Alto	60	236	296
	Sin dato	18	12	30
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	180,509(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	184,966	3	,000

Asociación lineal por lineal	154,658	1	,000
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,33.

#### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,063	,000
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

#### Tabla de contingencia

Recuento

		RESTRICCIÓN		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Condición de la tenencia de la vivienda	Propia	11017	18842	29859
	Arriendo	5432	8041	13473
	Otro	371	612	983
	No sabe	191	536	727
Total		17011	28031	45042

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,785(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	89,697	3	,000
Asociación lineal por lineal	2,133	1	,144
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 274,57.

#### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,044	,000
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Tabla de contingencia**

Recuento

		RESTRICCION		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Tipo de vivienda	Casa	16785	27443	44228
	Institucionalizado	190	535	725
	Otro	36	53	89
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,132(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	44,357	2	,000
Asociación lineal por lineal	25,004	1	,000
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 33,61.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,031	,000
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Tabla de contingencia**

Recuento

		RESTRICCION		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Empleo realizado	Obrero	198	817	1015
	Patrón	15	46	61
	Independiente	385	1286	1671
	Sin trabajo	16413	25882	42295
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	322,111(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	348,692	3	,000
Asociación lineal por lineal	270,457	1	,000
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,04.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,084	,000
N de casos válidos	45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Tabla de contingencia**

Recuento

		RESTRICCIÓN		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Trabajo	Trabajando	2153	6427	8580
	Estudiando	565	2815	3380
	Incapacidad o	7572	11478	19050
	Otro	4190	7304	11494
	No sabe	2531	7	2538
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5409,049(a)	4	,000
Razón de verosimilitud	6220,811	4	,000
Asociación lineal por lineal	2493,677	1	,000
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 958,53.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,327	,000
N de casos válidos		45042	

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

**Tabla de contingencia**

Recuento

		RESTRICCIÓN		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Factores a los que atribuye su recuperación	Servicio de salud	642	1264	1906
	Apoyo familiar	860	2205	3065
	Otro	15	25	40
	No sabe	15494	24537	40031
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	151,420(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	156,897	3	,000
Asociación lineal por lineal	111,036	1	,000
N de casos válidos	45042		

- a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,11.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,058	,000
N de casos válidos		45042	

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



### Tabla de contingencia

Recuento

		RESTRICCIÓN		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Salario	Sin salario	12499	17518	30017
	Hasta 3 SMLV	4444	10310	14754
	Más de 3 SMLV	68	203	271
Total		17011	28031	45042

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	577,084(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	587,729	2	,000
Asociación lineal por lineal	572,584	1	,000
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 102,35.

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,112	,000
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

### Tabla de contingencia

Recuento

		RESTRICCIÓN		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Tipo de Rehabilitación	Ninguno	3164	4540	7704
	Tiene	13847	23491	37338
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,128(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	42,959	1	,000		
Razón de verosimilitud	42,770	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	43,127	1	,000		
N de casos válidos	45042				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2909,57.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	,031	,000
V de Cramer	,031	,000
N de casos válidos	45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Tabla de contingencia**

Recuento

		RESTRICCION		
		Sin Restricción	Con Restricción	Total
Afiliación a SGSS	Ninguno	1429	2115	3544
	Afiliado	14901	24866	39767
	No sabe	681	1050	1731
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,151(a)	2	,001
Razón de verosimilitud	13,061	2	,001
Asociación lineal por lineal	3,276	1	,070
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 653,75.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,017	,001
	V de Cramer	,017	,001
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Tabla de contingencia**

Recuento

		RESTRICCIÓN		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Barrera Física	Ninguno	3564	4566	8130
	Barrera	13446	23462	36908
	Sin dato	1	3	4
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	155,776(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	153,635	2	,000
Asociación lineal por lineal	155,745	1	,000
N de casos válidos	45042		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,51.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,059	,000
	V de Cramer	,059	,000
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

### Tabla de contingencia

Recuento

		RESTRICCIÓN		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Barrera Actitudinales	Ninguno	13807	21537	35344
	Barrera	3203	6489	9692
	Sin dato	1	5	6
Total		17011	28031	45042

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	118,291(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	120,025	2	,000
Asociación lineal por lineal	118,015	1	,000
N de casos válidos	45042		

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

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,051	,000
	V de Cramer	,051	,000
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

### Tabla de contingencia

Recuento

		RESTRICCIÓN		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
¿Actualmente participa en alguna organización?	0	2527	2	2529
	Sí	198	3298	3496
	No	14286	24731	39017
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5711,769(a)	2	,000
Razón de verosimilitud	6905,166	2	,000
Asociación lineal por lineal	1450,237	1	,000
N de casos válidos	45042		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 955,13.

**Medidas simétricas**

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	,356	,000
V de Cramer	,356	,000
N de casos válidos	45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Tabla de contingencia**

Recuento	RESTRICCIÓN		Total
	Sin Restricción	Con Restricción	
¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?			
Sí	13297	25365	38662
No	1184	2659	3843
Total	14481	28024	42505

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,986(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	19,827	1	,000		
Razón de verosimilitud	20,285	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	19,985	1	,000		
N de casos válidos	42505				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1309,2

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,022	,000
	V de Cramer	,022	,000
N de casos válidos		42505	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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

**Tabla de contingencia Sexo \* RESTRICCIÓN**

Recuento

		RESTRICCIÓN		Total
		Sin Restricción	Con Restricción	
Sexo	Hombre	8832	13539	22371
	Mujer	8179	14492	22671
Total		17011	28031	45042

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,471(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	55,326	1	,000		
Razón de verosimilitud	55,481	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	55,470	1	,000		
N de casos válidos	45042				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8448,85.

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,035	,000
	V de Cramer	,035	,000
N de casos válidos		45042	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

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