

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DISCAPACIDAD, TUNJA 2012

CONSUELO VÉLEZ ALVAREZ, PhD*, JOSÉ ARMANDO VIDARTE CLAROS, PhD**,
MARCELA HORMAZA, MAG***, SANDRA LUCÍA CHÍA, MAG****

Recibido para publicación: 11-02-2014 - Versión corregida: 07-03-2014 - Aprobado para publicación: 14-05-2014

Resumen

Objetivo: Establecer la relación entre los Determinantes Sociales de la salud y la Discapacidad en Tunja a partir del Registro para la Localización, Caracterización de las personas con Discapacidad según Departamento Administrativo Nacional de Estadística 2010. **Materiales y Métodos:** Estudiodescriptivo transversal con fase correlacional, utilizó 2093 registros actualizados a septiembre 2010, el Registro, incluye factores personales, deficiencias en estructuras o funciones corporales, causas de discapacidad, características demográficas, actividades y participación. **Resultados:** las mayores frecuencias se encuentran en mujeres, el grupo etario de mayor proporción son menores de 14 años y mayores de 60 años, no tienen educación, residen en el área urbana, pertenecen a estratos 1 y 2 y al régimen subsidiado, carecen de trabajo. Presentan alteraciones permanentes en los sistemas corporales que limitan actividades para pensar, ver y moverse y restringen la participación social, encuentran barreras físicas inaccesibles. Estadísticamente se encontró asociación $p < 0,05$ entre 19 determinantes sociales de la salud con la restricción en la participación. No existe asociación entre afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, barreras actitudinales, origen de la discapacidad y raza con este mismo componente. **Conclusiones:** Los resultados se convierten en un estudio pionero para Colombia. La discapacidad como una condición compleja multidimensional en un contexto diverso, cultural y multiétnico, requiere de una mirada integral y transversal para su estudio, reconoce en los determinantes sociales de la salud y la discapacidad una real aproximación a las inequidades de las personas.

Palabras clave: evaluación de la discapacidad, clase social, escolaridad, empleo.

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 14 N° 1, Enero-Junio 2014, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Vélez Alvarez, C.; Vidarte Claros, J.A.; Hormaza, M.; Chía S.L.

* Enfermera, Epidemióloga, PhD. en Salud Pública, docente titular Universidad Autónoma de Manizales. cva@autonoma.edu.co

** Educador físico, PhD. en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. docente titular Universidad Autónoma de Manizales. jovida@autonoma.edu.co

*** Fisioterapeuta, Magíster en Discapacidad. Consultora Nacional Oficina de Terreno de Cali OPS/OMS marcehormaza@yahoo.com

**** Fisioterapeuta, Magíster en Discapacidad. Universidad de Boyacá. Programa de Fisioterapia. salichia@uniboyaca.edu.co

Vélez-Álvarez C, Vidarte-Claros JA, Hormaza M, Chía SL. Determinantes sociales de la salud y discapacidad, Tunja 2012. Arch Med (Manizales) 2014; 14(1):51-63.

Social determinants of health and disability, Tunja 2012

Summary

Objective: To establish the relationship between the Social Determinants of Health and Disability in Tunja from the registry for the location, characterization of people with disabilities according to the National Bureau of Statistics 2010. **Materials and Methods:** Descriptive and correlational study phase, used 2093 records updated in September 2010, the registry, includes personal factors, deficiencies in structures or bodily functions, causes of disability, demographic characteristics, activities and participation. **Results:** The highest frequencies are found in women, the age group greater proportion are under 14 and over 60, have no education, living in urban areas, are in strata 1-2 and the subsidized regime, lack job. With permanent alterations in body systems that limit activities to think, see and move and restrict social participation, physical barriers are inaccessible. Statistically association $p < 0.05$ was found among 19 social determinants of health with participation restriction. No association between membership in the General System of Social Security in Health, attitudinal barriers, origin of disability and race with the same component exists. **Conclusions:** The results become a pioneering study for Colombia. Disability as a multidimensional complex condition in a diverse cultural and ethnic context, requires a comprehensive and cross look for study recognizes the social determinants of health and disability approach to real people inequities.

Key word: disability evaluation, social class, educational status, employment.

Introducción

Hablar de determinantes sociales de la salud, es hacer un abordaje de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructuras de los problemas de salud y de recuperar estrategias de salud para todos¹. Para Solar e Irwin²—citados por Álvarez¹, se busca 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. Whitehead³ anota que la inequidad es la mejor manera de definir las desigualdades como diferencias que son innecesarias y

evitables pero además las considera abusivas e injustas, al igual que lo menciona la OMS⁴.

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 saludables⁵.

La presente investigación se centró en los Determinantes Sociales de la Salud y de la Discapacidad (DSSD), para ello es necesario considerar que los primeros responden a la

realidad social y evidencian la participación e interacción de las personas con discapacidad. Los Determinantes Sociales 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^{5,6} y la determinan. 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.”⁷.

Se concibe integralmente el concepto de salud – enfermedad desde la perspectiva de determinantes sociales, los cuales se constituyen en indicadores de condiciones de vida, convirtiéndose en imperativos sociales en salud y prioridades en salud pública, siendo imperioso hacer visible a la población vulnerable con el propósito de que sea integrada a los diversos sistemas de atención⁴.

El tema y el dilema que constituye la salud en relación con los determinantes sociales de la salud y determinantes de las inequidades en salud, ha omitido considerar la discapacidad como un tema transversal en el diseño e implementación de políticas, que convocan y aglutinan los diferentes sectores, que individualmente no alcanzan soluciones globales; se busca entonces puntos de convergencia tendientes a la optimización de la prestación de los servicios de salud y al cubrimiento de las necesidades básicas insatisfechas para esta población. De acuerdo con los determinantes sociales de la salud, las personas con discapacidad se encuentran sin duda entre las más vulnerables y con riesgo de exclusión, por la estrecha relación existente entre pobreza y discapacidad, asociada a las condiciones de género.

Por otra parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) indica los componentes de la interacción entre un individuo con una condición de salud dada y los factores

contextuales (Ambientales y Personales), incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Al igual que el funcionamiento, se entiende como una interacción dinámica entre la condición de salud y los factores contextuales⁸, 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”, la denomina Situación de Discapacidad porque la considera como un problema creciente y sitúa a todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa.

Al no desarrollar investigaciones con enfoque en determinantes sociales de la discapacidad aumentamos la brecha existente entre la academia y las situaciones sociales de los territorios creando falencias en los procesos de formación cuya consecuencia es la pobre respuesta a las necesidades del contexto en un país diverso, multiétnico, multicultural sometido a fallas estructurales del sistema de seguridad social en salud, educación, desarrollo humano e inmerso en un modelo económico neoliberal, y en un contexto de constante conflicto armado que requiere enfoques de aplicación basados en derechos.

Al establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad, se reconoce la relevancia que actualmente presenta el concepto de determinantes sociales y su relación directa con la discapacidad en la ciudad de Tunja. Este trabajo se constituye en un estudio pionero y de referencia en el ámbito de la discapacidad del municipio, que fortalece los procesos de intervención interdisciplinar, aunado a lo anterior en la actualidad no existe uniformidad en cantidad, significados e importancia de cada una de las dimensiones de los determinantes sociales de la salud y cómo influyen en el desempeño global del individuo con discapacidad.

De esta forma, el presente trabajo aporta elementos sobre los determinantes sociales y brinda información valiosa para que los diferentes actores del sistema de salud, puedan enfocar sus acciones de manera más específica hacia esta población. Los resultados de esta investigación, pueden ser utilizados para generar nuevos proyectos de este tipo y abordar cada una de las temáticas desplegadas en proyectos de desarrollo y programas de intervención específicos, así como por otros profesionales de la salud que tienen que ver con el estudio de los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en el municipio de Tunja

La comprensión de los determinantes sociales de la salud podrán establecer aspectos particulares que muestran la importancia de una mirada amplia de la discapacidad desde el componente social, propiciando un aporte valioso a la comprensión de la discapacidad, que ha sido tradicionalmente entendida como un asunto del campo de la salud, considerando además la poca realización de estudios relacionados en la ciudad de Tunja.

Se propuso así, un estudio que brindara las contribuciones necesarias para explorar los determinantes sociales de la salud y su relación con la discapacidad, resaltándolo como un asunto que exigió ser fortalecido para el mejoramiento de la salud y así reorientar acciones en torno a dar respuestas a los determinantes sociales de la salud. Es de vital importancia el enfoque holístico, intersectorial y diferencial por lo que se buscó la información del Registro para la Localización, Caracterización de las personas con Discapacidad (RLCPD)⁹ del Municipio.

A nivel nacional datos que muestran información relacionada con la discapacidad y la pobreza en Colombia, son aportados por la fundación Saldarriaga Concha y la fundación Santa Fe¹⁰ a través del análisis de 750.378 Registros para la Localización, Caracterización de las personas con Discapacidad (RLCPD) de personas con discapacidad de 829 municipios del país

El panorama del contexto internacional, nacional, departamental y local permite un completo conocimiento a la realidad del tema, refleja en el fondo que existen factores que para este caso son los determinantes sociales de la salud con el evento social de discapacidad, que permitiría la orientación de programas planes y proyectos. El objetivo del presente trabajo es describir la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Discapacidad en la Ciudad de Tunja, Colombia.

Materiales y métodos

Se estableció la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Discapacidad en la ciudad de Tunja a partir del RLCPD del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) actualizado a 2010, se asume un enfoque empírico analítico, utilizando un estudio descriptivo transversal con una fase correlacional, se trabajó con un total de 2093 registros de personas con discapacidad registradas en las bases de datos de la Alcaldía Mayor de Tunja con previo consentimiento y apoyo de la Secretaría de Salud departamental, esta investigación no realizó recolección directa con las personas, toda la información fue extraída de la base de datos suministrada a los investigadores.

El instrumento base para el diligenciamiento de la base de datos en la Secretaría de Salud Departamental, utilizada en este estudio, es el Registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad (RLCPCD), el cual fue elaborado por el DANE y está siendo utilizado en todo el país para mantener actualizado el censo de las personas con discapacidad, incluye 89 preguntas distribuidas en siete módulos⁹, es una herramienta técnica que está soportado legalmente, es el único documento oficial, reconocido a nivel nacional para este grupo poblacional, concibe la discapacidad desde el modelo biopsicosocial; en el cual se incluyen “déficit, deficiencias o alteraciones en las funciones o estructuras corporales, las

limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación” en coherencia con la (CIF), Organización Mundial de la Salud (OMS), la Convención de los derechos de las personas con discapacidad Ley 1346 de 2009 y el Decreto 470 de 2007 de la política Pública de Discapacidad para el D.C.⁹

Algunas de las variables analizadas en este trabajo son **Restricción en la participación:** entendida como los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad. **Barreras en la vivienda:** son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible. **Barreras actitudinales:** Aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Incluye las actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad. **Alteraciones permanentes de la condición de salud:** Problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación significativa o una pérdida. **Limitación en actividades diarias:** Dificultad que un individuo puede tener en el desempeño o realización de actividades. Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión, o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.

La sistematización de la información se realizó en el programa SPSS versión 19, se depuró la base de datos en Excel; se realizó el análisis univariado y bivariado calculando medidas de tendencia central y dispersión. Se

recodificaron determinantes como edad, tipo de rehabilitación, escolaridad, ingresos, estrato, raza, años sin rehabilitación, entre otras con las cuales se buscó establecer las posibles asociaciones con los componentes de la discapacidad para determinar la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes del análisis bivariado se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas.

La investigación cumplió con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, 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. La información recogida se usa solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

Resultados

Se encontró que la distribución de los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios a partir del (RLCPCD) en el municipio de Tunja, evidencia en primera instancia que la mayor proporción de personas con discapacidad son mujeres, el grupo etario de mayor proporción son menores de 14 años y mayores de 60 años, no tienen educación, la mayoría residen en el área urbana y pertenecen a estratos 1-2 y al régimen subsidiado de seguridad social, carecen de trabajo. Las alteraciones permanentes que se presenta con mayor frecuencia afecta a los sistemas nervioso, sensorial y musculo esquelético que limitan sus actividades diarias y restringen la participación social, no conocen el origen de su discapacidad; la rehabilitación ordenada con mayor frecuencia son los medicamentos y la fisioterapia y encuentran barreras físicas inaccesibles en el transporte y en la ciudad.

Para el análisis bivariado se encontró que los determinantes estructurales entre los cuales se

encuentra (género, edad, nivel educativo, raza, área, estratificación socio-económica, barreras en vivienda o entorno físico y barreras actitudinales) y los determinantes intermedios entre los cuales se encuentra (afiliación al sistema general de seguridad social en salud, trabajo, actividad económica actual, tipo de vivienda, condición de tenencia de la vivienda, recuperación de la discapacidad, factores de recuperación de la discapacidad, tipos de rehabilitación ordenada, asistencia actual a rehabilitación y tipo de establecimiento de rehabilitación) se consideran como constantes de la población con deficiencia y limitación de la ciudad de Tunja, por lo cual no fueron objeto de análisis.

Frente a la asociación entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios con la restricción en la participación, se encontró que existe asociación $p < 0,05$ asociación entre la edad y la restricción en la participación, con una dependencia moderada Coeficiente de contingencia 0,485. De igual manera se encontró asociación estadísticamente significativa $p < 0,05$ con dependencia débil entre el género, nivel educativo, área de resistencia, estrato socioeconómico, las barreras arquitectónicas con la restricción en la participación; contrario a esto, las barreras arquitectónicas, la raza y el origen de la discapacidad no presentaron asociación estadísticamente significativa $p > 0,05$ con la restricción en la participación (Tabla 1).

Tabla 1 Comparativos determinantes sociales de la salud estructurales - restricción en la participación

DETERMINANTES	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN			
	Frecuencia y porcentaje	X2	Valor P	Coefficiente
EDAD				
Infancia (0-14)	318 (61,6%)	638,787	0,000	Coeficiente de contingencia 0,485
Juventud (5-26)	25 (8,4%)			
Adulto Joven (27-40)	27 (9,1%)			
Adultez Madura (41-65)	45 (7,8%)			
Vejez (66 o más)	38 (9,6%)			
GENERO				
Masculino	246 (25,3%)	12,774	0,000	Phi= -0,078
Femenino	207 (18,8%)			
ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS APROBADO				
Ninguno	153 (27,2%)	114,440	0,000	Coeficiente de Contingencia 0,232
Primaria	231 (24,9%)			
Bachillerato	19 (4,7%)			
Superior	3 (2,5%)			
No hay respuesta	77 (3,7%)			
RAZA				
Negro afrodescendiente	1 (25,0%)	8,391	0,078	
Indígena	6 (40,0%)			
Mestizo u otro diferente	435 (21,4%)			
Otro	0 (0%)			
No responde	11 (39,3%)			
AREA				
Cabecera	366 (21,0%)	4,332	0,037	Coeficiente de Contingencia 0,046
Centro poblado	0 (0%)			
Rural disperso	87 (26,1%)			
ESTRATO SOCIO-ECONOMICO				
Bajo	347 (22,0%)	8,365	0,039	Coeficiente de Contingencia 0,063
Medio	95 (23,7%)			
Alto	0 (0%)			
Sin dato	11 (11,1%)			
BARRERAS EN VIVIENDA O ENTORNO FISICO				
Si	270 (20,1%)	6,127	0,013	Phi: -,055
No	164 (25,0%)			
BARRERAS ACTITUDINALES				
Si	129 (22,0%)	0,31	0,86	
No	316 (21,7%)			
SABE CUAL ES EL ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD				
SI	236 (20,9%)	1,093	0,296	
No	217 (22,8%)			
ACTUALMENTE PARTICIPA EN ALGUNA ORGANIZACIÓN				
Si	2 (1,7%)	31,086	0	Phi: -0,123
No	451 (23,3%)			

Fuente: Los autores

No se encontró asociación entre la afiliación al sistema de seguridad social en salud y la restricción en la participación (Tabla 2). Existe asociación con fuerte dependencia entre la capacidad para el trabajo afectada por la discapacidad, ($X^2=851,473$ $p=0,000$; coeficiente de phi 0,640), el ingreso mensual promedio ($X^2=1'301,422$ $p=0,000$; coeficiente de contingencia 0,621) con la restricción en la participación.

Existe asociación y dependencia moderada entre las actividades realizadas en los últimos 6 meses, ($X^2=956,65$ $p=0,000$; coeficiente phi: -0,0562), la actividad económica actual de las personas con discapacidad ($X^2=147,090$ $p=0,000$; coeficiente de contingencia 0,257) y la restricción en la participación. También existe asociación y dependencia pero débil de los medicamentos ordenados ($X^2=5,579$ $p=0,018$ coeficiente phi -0,091), del trabajo realizado ($X^2=70,510$ $p=0,000$; coeficiente de contingencia 0,181), el hecho de vivir institucionalizado ($X^2=19,062$ $p=0,000$; coeficiente de contingencia de 0,095), de vivir en casa propia o en arriendo ($X^2=31,076$ $p=0,000$; coeficiente de contingencia de 0,121), de la recuperación de la discapacidad ($X^2=12,025$ $p=0,001$; coeficiente phi: 0,076), del tipo de rehabilitación ordenada servicios de salud y medicina alternativa ($X^2=35,397$ $p=0,000$; coeficiente de contingencia 0,129), de los factores de recuperación atribuidos a los servicios de salud, al apoyo familiar y al empeño por salir adelante y atribuidos a Dios ($X^2=35,397$ $p=0,000$; coeficiente

de contingencia 0,129), a asistir actualmente a rehabilitación ($X^2=10,624$ $p=0,001$; el grado de dependencia es débil confirmado con el coeficiente de phi cuyo valor es de 0,072), el sitio en donde recibe la rehabilitación establecimiento público o privado ($X^2=10,827$ $p=0,013$ coeficiente de contingencia de 0,072), con la restricción en la participación.

Tabla 2. Comparativos determinantes sociales de la salud intermedios y restricción en la participación

DETERMINANTES	RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN			
	Frecuencia y porcentajes	X2	Valor P	Coeficiente
AFILIACIÓN A SSSG				
Sin afiliación	56 (26,3%)	4,012	0,135	
Afiliado	392 (21,2%)			
No sabe/no responde	5 (33,3%)			
ACTIVIDAD QUE SE ENCUENTRA DESARROLLANDO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES				
Trabajando	31 (4,8%)	956,685	0,000	Coeficiente de Contingencia 0,562
Estudiando	5 (1,7%)			
Incapacitado	75 (16,9%)			
Otros	30 (30,5%)			
No sabe/no responde	312 (78,4%)			
TRABAJO REALIZADO				
Obrero	8 (4,0%)	70,510	0,000	Contingencia 0,181
Patrón	0 (0%)			
Incapacitado	0 (0%)			
Sin trabajo	445 (24,8%)			
CAPACIDAD PARA TRABAJO AFECTADA POR DISCAPACIDAD				
Si	132 (8,6%)	851,473	0,000	Phi: 0,640
No	315 (73,8%)			
INGRESO MENSUAL PROMEDIO				
sin salario	110 (8,2%)	1,301,422	0,000	contingencia 0,621
Menos de un salario mínimo hasta tres salarios mínimo	33 (7,8%)			
Más de tres salarios mínimos	1 (10,0%)			
ACTIVIDAD ECONÓMICA ACTUAL				
Industria	0 (0%)	147,090	0,000	contingencia 0,257
Comercio	7 (5,2%)			
Agrícola	2 (6,1%)			
Pecuaria	0 (0%)			
Servicios	19 (7,1%)			
Otra	37 (11,7%)			
Edad no laboral	381 (30,7%)			
TIPO DE VIVIENDA				
Casa	424 (23,1%)	19,062	0,000	Contingencia 0,095
Institución	22 (10,5%)			
Otro tipo de vivienda	3 (37,5%)			

DETERMINANTES	Frecuencia y porcentajes	X2	Valor P	Coefficiente
CONDICIÓN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA				
Propia	225 (20,0%)	31,076	0,000	Contingencia 0,121
Arriendo	180 (27,6%)			
Otro	19 (30,6%)			
No sabe/no responde	29 (12,1%)			
RECUPERACIÓN DE LA DISCAPACIDAD				
Si	127 (27,7%)	12,025	0,001	phi: -0,076
No	326 (20,1%)			
FACTORES DE RECUPERACIÓN				
Los servicios de salud y medicina alternativa	56 (42,4%)	35,397	0	Contingencia 0,129
Apoyo familiar, empeño por salir adelante, a Dios	63 (20,8%)			
Otro	0 (0%)			
En recuperación o sin rehabilitación	334 (20,4%)			
TIPO DE REHABILITACIÓN ORDENADA				
Terapias	18 (13,6%)	5,579	0,018	
Medicamentos	138 (17,2%)	16,960	0	Phi -0,091
Otro tipo de Rh	30 (22,2%)	0,011	0,915	
ASISTE ACTUALMENTE A REHABILITACION				
Si	191 (25,8%)	10,624	0,001	Phi: -,072
No	262 (19,6%)			
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE REHABILITACION				
Publico	112 (25,7%)	10,827	0,013	Coefficiente de contingencia 0,072
Privado	77 (25,8%)			
No sabe	2 (33,3%)			
No asiste a rehabilitación	262 (19,6%)			

Fuente: Los autores

Discusión

Para este estudio los datos obtenidos en la ciudad de Tunja evidenciaron 19 determinantes sociales de la salud asociados con el componente de la discapacidad restricción en la participación. 6 son estructurales y 13 intermedios.

Con relación a los componentes de la discapacidad caracterizados en la ciudad de Tunja, la mayor alteración permanente por condición de salud se encuentra en el sistema nervioso seguido de los ojos y del movimiento corporal humano; resultado similar al encontrado a nivel nacional y departamental que menciona que una persona puede presentar 2,4 alteraciones siendo la de mayor proporción el movimiento del cuerpo^{10,11}. En cuanto a la limitación en actividades diarias para pensar, ver, caminar, mantener la posición del cuerpo y moverse son las más frecuentes resultado similar al referenciado en

Colombia y Boyacá en donde existe 2,7 dificultades en promedio por persona¹⁰.

Al comparar el determinante género con varias publicaciones existen similitudes en lo planteado por algunos autores. Las mujeres presentan discapacidad en una mayor proporción que los hombres¹⁰, enfrentan desde una mayor complejidad su condición y situación. Las mujeres son objetivo de triple vulneración, mujer, discapacidad y desplazamiento¹², suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar; (violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación). La convención de DSSD incluye la igualdad entre el hombre y la mujer y exige la creación de una legislación que proteja sus derechos poniendo en evidencia la prioridad de proteger a la mujer al presentar discapacidad¹³. En Colombia, Tovar¹⁴, señala que en cuanto al género, los hombres presentan una mayor probabilidad de tener un buen o muy buen estado de salud, en comparación con las mujeres, lo cual demuestra que existen inequidades de género, y que se debe trabajar para mejorar las condiciones sociales de las mujeres.

La mayor esperanza de vida de las mujeres aumenta la posibilidad de tener una discapacidad generada por un accidente o una enfermedad crónica¹⁵, la mujer con discapacidad se enfrenta a dificultades mucho más graves tanto en la esfera pública como en la privada¹⁶, estas dos pers-

pectivas de género y discapacidad conllevan a presentar una doble vulnerabilidad.

En Tunja, el rango de edad de mayor porcentaje se presenta en el grupo etario de 5 a 19 años, seguido de personas mayores de 60 años comparado con los datos de Latinoamérica, Colombia y Boyacá el rango de edad de mayor porcentaje se presenta en las personas mayores de 60 años^{17,18}, el total de las personas con discapacidad en el país, está en edad productiva contrario al resultado de Tunja que indica que el mayor porcentaje se encuentra en edad escolar no laboral¹¹. Por tanto, el envejecimiento de las personas con discapacidad es un fenómeno nuevo, considerado por el Consejo de Europa¹⁹, “emergencia silenciosa”, sufren discriminación en razón de doble causa de vulnerabilidad.

Con relación al determinante: nivel educativo, las personas con discapacidad de la ciudad de Tunja en un porcentaje considerable no tiene ningún nivel de escolaridad, no ha terminado la secundaria y han realizado primaria incompleta; de manera similar que la situación en Latinoamérica, donde más de la mitad de la población con discapacidad no han completado la educación básica¹⁷. Según informe mundial de Discapacidad¹⁸, el 24% de las personas entre 5 y 18 años no sabe leer ni escribir. El 31,68% de las personas registradas no han recibido ningún tipo de educación. El 30,27% tiene primaria incompleta y el 16,06% tiene secundaria incompleta; esto genera barreras para ingresar al mercado laboral. Las personas con deficiencias en las estructuras de voz y habla son quienes menos oportunidades tienen dentro del sistema educativo¹⁸. La mayor dificultad que puede tener una persona con discapacidad es el bajo nivel educativo¹⁰. Hay pocos docentes preparados para esta población y ello incide en la inclusión escolar.

La educación en y para la diversidad requiere de desplazarse la mirada a contemplar al sujeto como diverso, el lugar de la pedagogía también se desplaza teniendo como uno de sus ejes de

reflexión la diversidad de los estudiantes²⁰. En este se plantea como conclusión de la problemática en educación de las personas con discapacidad que hay que disipar esos prejuicios y mirar la inclusión como una posibilidad que permitirá que todos los estudiantes asistan a la escuela y desde allí serían sujetos de significado²⁰. Postulados que reafirman la problemática frente al Determinante nivel educativo y discapacidad de la ciudad de Tunja.

Para la ciudad de Tunja un alto porcentaje de personas se autoreferencian como Mestizos. Sin embargo, existe datos de personas con discapacidad de diferentes etnias cerca del 3%, dato similar a lo referenciado nacionalmente¹², se pertenece a un país multiétnico y diverso que tiene el derecho a saber y saber hacer lo mismo que sus iguales.

En Tunja las personas con discapacidad habitan en los estratos 1 y 2, dato comparado con los antecedentes revisados en Latinoamérica hay semejanzas considerando que viven en condiciones socioeconómicas bajas¹⁷; la pobreza y la exclusión social como problemáticas del presente siglo se encuentran estrechamente relacionadas con la discapacidad²¹; además las personas con discapacidad conforman uno de los grupos más marginados del mundo²². En el paradigma del Desarrollo Humano, la perspectiva de la capacidad señala que la pobreza no es solo un problema material y en consecuencia hay otras privaciones que tienen que ver con carencias de valores ligados a la sociedad, carencia de instituciones políticas, ausencia de espacios democráticos y de participación, que podríen entrar a considerarse como elementos de pobreza que afectan a la persona²³.

La historia de la pobreza es totalmente falsa. No son los pobres quienes han sido dejados atrás, si no los que han sido robados. La riqueza acumulada por Europa y Norteamérica ha estado mayormente basada en la riqueza arrebatada a Asia, África y América Latina. Ha sido esta violenta apropiación de los recursos y mercados del Tercer Mundo lo que ha

creado la riqueza en el Norte y la pobreza en el Sur²³. Los resultados de Tunja también son semejantes a lo que estima la OPS/OMS²⁴, en donde las condiciones sociales en que vive una persona influye en el estado de salud, en efecto circunstancias como la pobreza, constituyen un factor determinante de buena parte de las desigualdades tanto entre los distintos países como dentro de ellos mismos, en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

Para Tunja existen un 6,1% de personas que no tiene seguridad social en salud, según el informe de la OMS y el Banco Mundial¹⁹, señala que las personas con discapacidades que no reciben la atención de salud que necesitan no pueden pagar la atención de salud, frente a un tercio de las personas sin discapacidades. Consideran insatisfactorios los servicios de salud y son cuatro veces más propensas a informar de que se las trata mal y casi tres veces más propensas a que se les niegue la atención de salud¹⁹.

La rehabilitación ayuda a potenciar al máximo la capacidad de vivir normalmente y a reforzar la independencia. En muchos países, los servicios de rehabilitación son insuficientes²⁵. Tovar¹⁴ señala que la probabilidad de tener un mal estado de salud y el estar afiliado al régimen subsidiado aumenta la probabilidad de presentar discapacidad, los regímenes del sistema de salud pública funcionan en condiciones de calidad diferentes, se pueden presentar dos situaciones: la primera, asociada a la calidad del servicio de salud que se presta, unida al modo en que opera el sistema de salud en Colombia; la segunda, puede relacionarse con el contexto socio-económico de las personas que pertenecen al régimen subsidiado, el problema de fondo es de Equidad. Esto no es algo nuevo, por lo contrario, es un problema que ya había sido destacado en el informe del Banco Mundial¹⁹.

En la ciudad de Tunja un 86,3% de las personas registradas con discapacidad no tienen

trabajo en el año del censo DANE (2005), el 17,5% de las personas con discapacidad ganaban menos de \$426'000 (salario mínimo a 2005) y el 79% no devengaba salario. Similares situaciones las publica el informe del Banco Mundial considerando que las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas que las personas sin discapacidad¹⁹, la discapacidad afecta desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables, son vulnerables a la pobreza, viven en condiciones peores de alimentación ineficiente, vivienda precaria, falta de acceso al agua potable y de saneamiento. Debido a los costos suplementarios que generan, entre otras cosas, la atención médica, los dispositivos de ayuda o la asistencia personal; las personas con discapacidades suelen ser más pobres que las no discapacitadas con ingresos similares¹⁹.

Los Objetivos del Milenio plantean en el nuevo enfoque, la erradicación de la pobreza extrema reduciendo la proporción de las personas que sufren hambre²⁶, el 20% de la pobreza en el mundo estaría ligada con la discapacidad. Esto no se cumplirá si las políticas, programas, seguimiento y evaluación no incluyen a la población con discapacidad y sus determinantes sociales de la salud.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL¹⁵, señala que las personas con discapacidad están sobre representadas en la población en situación de pobreza y extrema pobreza, las causas son varias y se articulan entre sí de manera compleja, exacerbaba situaciones de discapacidad, llevando en muchos casos al menos a un miembro de la familia a dejar de trabajar, disminuyendo aún más los ingresos del núcleo familiar. La pobreza y la exclusión social dentro de este grupo vulnerable están relacionadas con factores como la ausencia de oportunidades de empleo, déficits en los sistemas de transporte y otros servicios y la presencia de barreras¹⁵. Comparando esta situación con los datos obtenidos en Tunja, se evidencia similitud, la capacidad para trabajar

afectada por la discapacidad y los ingresos mensuales, presentan fuerte dependencia con la restricción en la participación social. Las barreras en las calles y las vías también se constituyen determinantes importantes.

En el mundo existen aproximadamente 470 millones de personas discapacitadas en edad de trabajar. Si bien la información de que se dispone acerca de su situación laboral es incompleta y resulta difícil establecer comparaciones internacionales, es evidente que el déficit de trabajo decente afecta más a las personas con discapacidades que al resto²⁷.

La carga de las condiciones de salud de las personas con discapacidad de la ciudad de Tunja a partir del registro va acompañada del envejecimiento, analfabetismo, pobreza visible en los estratos más bajos. Las barreras actitudinales de la sociedad manifiesta en la vulneración de derechos fundamentales que excluyen a estas personas de tener un empleo, vivienda, educación, salud digna, condición que Sen²⁸ y Tovar & García²⁹ ratifican en los determinantes de la inequidad social en salud y el goce efectivo de derechos.

Diferentes agencias y organismos nacionales e internacionales, fijan criterios frente a los principios particulares de igualdad de oportunidades en el marco de la justicia y de protección de grupos humanos en condiciones de vulnerabilidad.³⁰ Al caracterizar los componentes de la discapacidad según la (CIF) en Tunja se encontró que, los tipos de alteración con mayor porcentaje fueron en el sistema nervioso, los ojos y el movimiento; estas cifras confirman que los profesionales que estudian, comprenden y manejan el movimiento corporal humano tienen una gran responsabilidad en la atención integral y transversal de esta población. Según las estadísticas DANE 2005¹¹, se reportan estas

alteraciones: La limitación en la actividad que más se presenta es la dificultad para pensar y memorizar, ver y caminar, mantener la posición del cuerpo, determinantes cruciales para que la persona desarrolle sus actividades de la vida diaria en el medio. Al compararlo con el estudio de Cruz³¹, los resultados son diferentes, considerando que la limitación en la actividad más frecuente para la ciudad de Bogotá es caminar, correr o saltar.

Por último, con relación al mayor porcentaje de la restricción en la participación de actividades, la educación no formal es un componente del cual no participan un 82% de la población con discapacidad en Tunja, seguido de actividades ciudadanas, así mismo para el departamento de Boyacá resulta visible que el índice de exclusión en educación es medio al igual que el índice de exclusión de capital humano³¹. Los resultados de este estudio permiten concluir la importancia reconocer que la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud o al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. La discapacidad como una condición compleja multidimensional en un contexto diverso, cultural y multiétnico, requiere de una mirada integral y transversal para su estudio, reconoce en los determinantes sociales de la salud y la discapacidad una real aproximación a las inequidades de las personas.

Conflictos de interés: No hay conflicto de intereses entre quienes participamos en el estudio

Fuentes de financiación: La investigación fue financiada por los investigadores, con el apoyo de la Universidad Autónoma de Manizales.

Literatura citada

1. Álvarez LS. **Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo.** *Rev Gerenc Polit Salud* 2009. 8(17):69-79.
2. Solar O, Irwin A. **Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health.** Geneva: WHO; 2007.
3. Whitehead M. **The concepts and principles of equity and health.** *Int J Health Services* 1992; 22:429-445.
4. Organización Mundial de la Salud. **Discapacidad, incluidos, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 [acceso 08/09/2012]. Disponible en www.who.int/entity/disabilitieswho5823resoluciones.pdf
5. World Health Organization. **A Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health.** Geneva: Commission on Social Determinants of Health. 2010 [acceso 07/18/2012]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf
6. Krieger N. **Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective.** *Int J Epidemiol* 2001; 30(4):668-677.
7. Tarlov A. **Social determinants of Health: the sociobiological transition. Health and Social Organization.** London: Blane D, Brunner E, Wilkinson D; 2000. p.71-93
8. Organización Mundial de la Salud. **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Salud y discapacidad (CIF).** Ginebra: OMS; 2001. p.231
9. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. **Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad RLCPD.** Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012. [acceso 08/16/2012]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/DocumentosyPublicaciones/PresentacionRLCPD-Junio2012.pdf>.
10. Carrasquilla G, Martínez S, Latorre M. **La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico.** Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha; 2009. p. 1-7
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. **Demografía Informe sobre discapacidad.** Bogotá: DANE; 2005. [acceso 02/18/2011]. Disponible en www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=807Itemid%3D120&Itemid=120.xls
12. Plazas C. **Lineamientos de la Política Pública Nacional de equidad de género para las mujeres.** Bogotá: Alta consejería presidencial para la equidad y la mujer; 2012 [acceso 03/12/2013]. Disponible en <http://www.equidadmujer.gov.co/pdf>
13. Naciones Unidas. **Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad.** New York y Ginebra: Naciones Unidas; 2008, p.3-8
14. Tovar LM. **Determinantes del estado de salud de la población colombiana.** *Economía, gestión y desarrollo* 2005; 3:125-51.
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe ECLA (Inglés) – CEPAL. **Autonomía e independencia: El cuidado de las personas con discapacidad.** Versión preliminar. Santiago de Chile: CEPAL; 2012.
16. Programa de Naciones Unidas para el desarrollo. **Desarrollo humano en Chile. Género los desafíos de la igualdad.** Santiago de Chile: Programa de Naciones Unidas para el desarrollo; 2010.
17. Fondo Nacional de Discapacidad. **Discapacidad en Chile Santiago.** Santiago de Chile: FONADIS; 2006. [acceso 08/16/2012]. Disponible en: <file:///D:/Downloads/discapacidad-en-chile.pdf>
18. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales. **IMSERSO. Discapacidad y Envejecimiento.** Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001. [acceso 03/22/2013]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/minusval_131.pdf
19. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. **Informe Mundial sobre discapacidad.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial; 2011. [acceso 10/08/2012]. Disponible en: file:///D:/Downloads/9789240688230_spa.pdf
20. Soto N. **La atención educativa de niños, niñas y jóvenes considerados con necesidades educativas especiales: Una mirada desde la integración y desde la inclusión.** Tesis doctoral. Manizales: Centro de estudios avanzados en niñez y juventud; 2007. p.219.
21. Padilla A. **Inclusión educativa de personas con discapacidad.** *Rev Colom Psiquiatr* 2011; 40(4): 670-69
22. Dahlgren G, Whitehead M. **Policies and strategies to promote equity in health.** Copenhagen: World Health Organization; 1992.
23. Sen A. **Inequality reexamined.** Cambridge, MA: Harvard University Press, y Oxford Clarendon Press; 1992. p.2-9
24. Organización Mundial de la Salud. **Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. declaración provisional.** Ginebra: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2007 [acceso 07/18/2012]. Disponible en whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf

25. Gómez JC. **Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en Capital Humano**. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha; 2010. p.28-37.
26. Naciones Unidas. **Objetivos del Milenio informe de 2011**. New York: Naciones Unidas; 2011 [acceso 03/03/2014]. Disponible en [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342\(S\)MDG_Report_2011_Book_LR.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342(S)MDG_Report_2011_Book_LR.pdf)
27. O'Reilly A. **El derecho al trabajo decente de las personas con discapacidades**. Ginebra: Oficina Internacional del trabajo; 2007. p.180.
28. Sen A ¿Por qué la equidad en salud? *Pan AM J Public Health* 2002; 11(5/6):302.
29. Tovar L, García G. **El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia**. *Lecturas de Economía* 2006; 65:177-208.
30. Avila L, Gil LM, López A, Vélez C. **Políticas Públicas y Discapacidad: Participación y ejercicio de derechos**. *Investigaciones Andina* 2012; 14(24):457-475.
31. Cruz I. Hernandez-Jaramillo J. **Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes**. *Rev Cienc Salud* 2008; 6(3):23-25.

