

# Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali

## Social determinants of health and disability: the Santiago de Cali case

Consuelo Vélez A<sup>1</sup>; José A. Vidarte C<sup>2</sup>; Julián D. Cerón B<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Enfermera, epidemióloga, Ph.D. en Salud Pública, docente titular de la Universidad Autónoma de Manizales. Correo electrónico: cva@autonoma.edu.co.

<sup>2</sup> Educador físico, Ph.D. en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, docente titular de la Universidad Autónoma de Manizales. Correo electrónico: jovida@autonoma.edu.co.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Correo electrónico: jceronbedoya@yahoo.com.

Recibido: 29 de octubre de 2013. Aprobado: 15 de marzo de 2013.

---

Vélez C, Vidarte JA, Cerón JD. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 31 (supl 1): S192-S202.

---

### Resumen

**Objetivo:** establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en Santiago de Cali. **Metodología:** estudio descriptivo correlacional. Se incluyeron para el análisis 38.071 personas registradas en la base de datos del Dane (Cali); la información se procesó en SPSS 19.0: determinantes estructurales, género, edad, nivel educativo, raza, zona de residencia, estrato y determinantes intermedios como trabajo y vivienda; se realizó análisis univariado y bivariado empleando la prueba de  $\chi^2$ . **Resultados:** el 52% de las personas pertenecía al género femenino; el promedio de la edad fue de 48 años +/- 24,1 años y la raza predominante, la mestiza. El 28% de las personas registradas no tenía ningún nivel de estudio; un 76% de las personas pertenecen

a estratos 1 y 2. El 100% tienen al menos una deficiencia y una discapacidad y el 25% presentan restricción en la participación. El género femenino presenta menos restricción en la participación, comparado con el masculino (71,2% y 66,8% respectivamente). Se encontró asociación entre los determinantes sociales estructurales e intermedios y la restricción en la participación  $p < 0,05$ . **Conclusiones:** existe interacción de los determinantes sociales de la salud, como género, educación, empleo, barreras arquitectónicas y servicios de salud, entre otros, con la restricción en la participación.

-----**Palabras clave:** condiciones sociales, discapacidad, clase social, escolaridad, empleo

### Abstract

**Objective:** to establish the relationship between the social determinants of health and disability in Santiago de Cali. **Methodology:** a correlational descriptive study. The analysis included a total of 38,071 people who had been registered in the DANE database (Cali), and the data was processed using the SPSS 19.0 software. Structural Determinants: gender, age, education level, race, area of residence, and intermediate determinants such as job and housing information. In addition, univariate and bivariate analyses were conducted using the  $\chi^2$  test. **Results:** of the participants, 52% were female, the average age was 48 years +/- 24.1 years, the predominant race was mestizo and 28% of the respondents said they had

no studies. Moreover, 100% of the respondents had at least one form of impairment or disability, and 25% of them had some restriction regarding social participation. The female participants had less restrictions regarding social participation than males (71.2% vs. 66.8%), and there was a correlation between the social structural and intermediate determinants and the restrictions in participation  $p < 0.05$ . **Conclusions:** there is interaction between Social Determinants of Health such as gender, education, employment, architectural barriers, health services, etc. and the restrictions in participation.

-----**Key words:** social conditions, disability, social class, educational status, employment

---

## Introducción

Hablar de determinantes sociales de la salud implica abordar una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o las estructuras de los problemas de salud y recuperar estrategias de salud para todos [1]. Solar e Irwin, 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.

Los determinantes sociales en salud se entienden 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 [2]. Asimismo, se definen como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud: “las características sociales en que la vida se desarrolla” [3], y 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 [4].

Los determinantes estructurales son los que generan estratificación social, que incluyen factores tradicionales como los ingresos y la educación; actualmente, resulta también muy importante reconocer el género, el grupo étnico y la sexualidad, entre otros, como estratificadores sociales. Dentro de los determinantes intermedios se incluyen las condiciones de vida y las laborales, así como disponibilidad de alimentos, entre otros [5].

Retomando a Mikkonen [6], la relación entre los determinantes sociales de la salud y la situación de discapacidad podría explicarse por factores como ingreso, nivel social, redes de apoyo, educación, empleo y condición de trabajo, entornos sociales y físicos, prácticas de salud personales, actitudes de adaptación, características biológicas y genéticas, servicios de salud, de género y cultural, los cuales se tienen en cuenta como determinantes sociales de la salud tanto estructurales como intermedios en el desarrollo de esta investigación.

De otro lado, la discapacidad es un término genérico que incluye déficit en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social, lo que indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales, categoría en la que según la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud CIF [7] se incluyen los factores ambientales y personales. La CIF [7] 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”, que denomina con la expresión *situación de discapacidad* porque la considera como un problema creciente, a la vez que sitúa todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad, independientemente de su causa. En este sentido, la CIF plantea que al analizar el funcionamiento y la discapacidad se incluya el enfoque sobre lo corporal (funciones, estructuras corporales y deficiencias en estructuras y funciones corporales), las limitaciones en las actividades y la restricción de la participación en la sociedad.

A fines del siglo xx la Organización Panamericana de la Salud calculó que unos 83 millones de personas con discapacidad vivían en las Américas, con 53 millones de ellas en Latinoamérica y el Caribe. En cuanto a esta última región, la información sobre la discapacidad es limitada, como ocurre 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 que se presentan con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y de bajo nivel educativo al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo [8], situación directamente relacionada con la pobreza que se vive en muchos de los países de la región, lo que es un hecho ampliamente conocido [9]. Unos 600 millones de personas en el mundo presentan algún tipo de discapacidad, el 80% de las cuales vive en países de bajos ingresos, y la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de rehabilitación [10, 11].

En Colombia, en el 2005 el Dane realizó el censo poblacional que indagó para tratar de identificar el total de la población con discapacidad. Los resultados muestran cómo del total de la población colombiana (41.242.948 personas), el 6,4% presenta algún tipo de discapacidad permanente, lo que en cifras absolutas corresponde aproximadamente a 2.639.548 personas [11, 12].

El objetivo fundamental de este trabajo es el de establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la discapacidad en la ciudad de Santiago de Cali, como una de las ciudades participantes en el estudio multicéntrico denominado “Determinantes sociales de la salud y discapacidad en seis ciudades de Colombia: resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad”.

## Metodología

Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional que incluyó el total de personas con discapacidad identificadas en el registro del Dane sobre caracterización y localización de personas con discapacidad de Santiago de Cali a septiembre del 2011; dicho total fue de 38.071. El instrumento empleado fue una matriz en Excel en la

que se diligenciaron cada una de las variables del registro. Se definieron los determinantes estructurales con base en el modelo propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud: género, edad, nivel educativo, raza, zona de residencia y estrato, y como determinantes intermedios, el trabajo, la vivienda y los servicios de rehabilitación; la variable dependiente para el análisis bivariado fue la restricción en la participación, pues la totalidad de las personas registradas presentaban discapacidades y deficiencias.

Para el manejo estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS, versión 19.0, licenciada por la Universidad Autónoma de Manizales. El análisis de la relación entre determinantes sociales de la salud y discapacidad incluyó la descripción y comparación de frecuencias; se efectuó el análisis en cada uno de los determinantes definidos en el diseño. En el análisis univariado se realizaron distribuciones de frecuencias para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se realizó un análisis bivariado en el que se empleó la prueba de  $\chi^2$ , teniendo en cuenta que todas las variables se clasificaron como categóricas. Se analizaron los valores de significancia bilateral para determinar la asociación entre variables y se establecieron los coeficientes de correlación de la siguiente manera: *phi* para las variables de escala dicotómica, coeficiente de contingencia para las tablas asimétricas que corroboran dicha asociación a partir de niveles de dependencia.

Desde el punto de vista ético, la investigación cumple con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [13] y la Resolución 008430, artículo 11, puesto que se considera como “investigación con riesgo mínimo” [14]. La Secretaría de Salud Municipal facilitó la base de datos del registro de la ciudad con fines investigativos.

## Resultados

Del total de los registros revisados se encontró que el 52% correspondía al género femenino. El rango de edad en el que predomina la discapacidad está entre 20 a 54 años (39%), con una media de 48 años,  $\pm$  24,1 años. El 76% del total de la población pertenece a los estratos 1 y 2 y vive en la cabecera municipal. La raza que predomina es mestiza (82%), seguida de la negra (12,4%). Con referencia al nivel educativo, el 44,7% realizó estudios hasta básica primaria; el 19,7%, básica secundaria; y el 1%, universitaria. Cabe resaltar que el 28% del total de la población registrada no tiene ningún nivel educativo.

Al analizar los componentes de la discapacidad, se identificó que las deficiencias relacionadas con el movimiento del cuerpo, las manos, los brazos y las piernas son las más frecuentes, seguidas de deficiencias en el sistema nervioso, en los ojos y en el sistema cardiorrespiratorio y de defensas. Es importante mencionar que la totalidad de la población con discapacidad en Santiago de Cali tiene al menos una deficiencia en el funcionamiento de algún sistema.

La limitación permanente en la actividad de caminar, correr y saltar es la característica de mayor porcentaje. El 100% de la población presenta al menos una limitación permanente.

Con referencia a la restricción en la participación social, puede identificarse que el 51% de la población con discapacidad en Santiago de Cali participa en actividades sociales, principalmente con la familia y amigos; el 38,3%, en actividades religiosas; el 24,4%, en actividades con la comunidad y el 11,2%, en actividades deportivas o de recreación. Es importante resaltar que el 25% presenta restricción en la participación (tabla 1).

**Tabla 1.** Caracterización de los componentes de la discapacidad en la población con discapacidad en Cali

Deficiencia permanente para:	Frecuencia
El sistema nervioso	18.921
Los ojos	18.201
Los oídos	9.485
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	2.511
La voz y el habla	9.567
El sistema cardiorrespiratorio y defensas	10.860
La digestión, el metabolismo y hormonas	5.987
El sistema genital y reproductivo	3.249
El movimiento, cuerpo, manos, brazos y piernas	20.571
La piel	2.083
otras alteraciones	3.571
<b>Limitación permanente en la actividad para:</b>	
Pensar, memorizar	16.667

Continuación tabla 1

Para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	12.244
Oír aun con aparatos especiales	6.370
Distinguir sabores u olores	2.009
Hablar y comunicarse	9.465
Desplazarse en trecho cortos por problemas respiratorios o del corazón	10.734
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	4.477
Retener u expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	5.100
Caminar, correr, saltar	21.689
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	2.815
Relacionarse con las demás personas y el entorno	5.858
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	7.970
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	6.147
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	4.688
Otras	16.667
<b>Participa en actividades con (restricción en la participación social):</b>	
Con la familia y amigos	19361
Con la comunidad	9272
Religiosas o espirituales	14592
Productivas	2119
Deportivas o de recreación	4282
Culturales	2184
Educación no formal	826
Ciudadanas	1283
Otras	700
No participa	9413
No hay respuesta	2394

*Fuente:* elaboración propia

En relación con los determinantes sociales de la salud estructurales y la restricción en la participación social, se logró identificar que el género femenino presenta menos restricción en la participación social en comparación con el género masculino (71,2% frente a 66,8%). Con respecto a la edad los grupos poblacionales adultez joven y adultez media en un 74%, presentan menos restricción en actividades sociales.

En cuanto al estrato socioeconómico, se encontró que en proporciones superiores al 68% ninguna de las categorías establecidas presenta restricción en la participación social. Lo mismo sucede para el nivel educativo, en el que no hay tal restricción en porcentajes superiores al 70%. Los mestizos en un 70%, la raza negra en un 66,6% y la raza indígena en un 69,9% no tienen restricción.

Con respecto a las barreras de tipo arquitectónico, del total de personas que presentan barreras físicas, tanto en el hogar como en el ambiente externo, el 69% no refiere restricción en la participación social; para el grupo poblacional que no presenta barreras de tipo físico,

el 70% no presenta restricción en la participación. Con referencia a las barreras de tipo actitudinal, del total de la población que no presenta barreras de tipo actitudinal (82,7%), el 69,5% no presenta restricción en la participación. Nótese cómo para todos los determinantes sociales estructurales existe asociación con la restricción en la participación  $p < 0,05$  (tabla 2).

Nótese como para todos los determinantes sociales intermedios existe asociación y dependencia con la restricción en la participación social  $p < 0,05$  (tabla 3).

La relación entre de los determinantes sociales de la salud intermedios y la restricción en la participación social permitió establecer que el 29% de las personas que no están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss) presenta restricción en la participación social y que entre las personas que están afiliadas, el 25% no tiene restricción.

El 69% de las personas que viven en casa, en vivienda propia y en alquiler son en mayor porcentaje las que no presentan restricción en la participación social.

**Tabla 2.** Relación entre determinantes sociales de la salud estructurales y restricciones en la participación social

Determinante	No restricción	Sí restricción	No sabe no responde	Chi <sup>2</sup> valor	Valor p	Coefic. contingencia	Valor p
<b>Sexo</b>							
Hombre	12.204	4.768	1.284				
%	66,8	26,1	7,0	97,734	0,000	0,051	0,000
Mujer	14.111	4.645	1.059				
%	71,2	23,4	5,3				
Total	26.315	9.413	2.343				
%	69,1	24,7	6,2				
<b>Edad</b>							
Infancia	1.558	309	2.143				
%	38,9	7,7	53,4	17.559,994	0,000	0,679	0,000
Juventud	3.478	983	34				
%	77,4	21,9	0,8				
Adultez joven	4.245	1.456	29				
%	74,1	25,4	0,5				
Adultez media	9.495	3.329	62				
%	73,7	25,8	0,5				
Vejez	7.529	3.329	75				
%	68,9	30,4	0,7				
No sabe, no responde	10	7	0				
%	58,8	41,2	0,0				
Total	26.315	9.413	2343				
%	69,1	24,7	6,2				
<b>ESE</b>							
Bajo	19.723	7.390	1.812				
%	72,7	27,3	6,3				
Medio	5.681	1.750	381				
%	76,5	23,5	4,9				
Alto	396	47	62				
%	89,4	10,6	12,3				
No sabe, no responde	515	226	88				
<b>Escolaridad</b>							
%	69,5	30,5	10,6				
Total	26.315	9.413	2.343				
%	73,7	26,3	6,2				
Primaria	12.949	4.582	862				
%	73,9	26,1	4,7				
Secundaria	5.838	1.475	37				
%	79,8	20,2	0,5				
Educación superior	843	131	5	1.789,450	0,000	0,217	0,000
%	86,6	13,4	0,5				
Ninguno	6.685	3.225	1.439				

Continuación tabla 2

Determinante	No restricción	Sí restricción	No sabe no responde	Chi² valor	Valor p	Coefic. contingencia	Valor p
%	67,5	32,5	12,7				
Total	26.315	9.413	2.343				
%	73,7	26,3	6,2				
<b>Raza</b>							
Negro	3.146	1.258	322				
%	71,4	28,6	6,8				
Indígena	765	285	44	1.703,830	0,000	0,207	0,000
%	72,9	27,1	4,0				
Mestizo	21.928	7.698	1.673				
%	74	26	5,3				
Otros	223	76	20				
%	74,6	25,4	6,3				
No sabe, no responde	253	96	284				
%	72,5	27,5	44,2				
Total	26.315	9.413	2.343				
%	73,7	26,3	6,2				
<b>Barrera Arquitectónica</b>							
No	6138	2.030					
%	75,1	24,9		14,627	0,001	0,20	0,001
Sí	19.959	718					
%	73,2	26,8					
No sabe, no responde	218	64					
	77,3	22,7					
Total	26.315	9.413					
%	73,7	26,4					
<b>Barrera actitudinal</b>							
No barrera	24.241	8.587	630	63,152	0,000	0,041	0,000
%	73,8	26,2	7,2				
Sí barrera	2.074	826	1.671				
%	71,5	28,5	5,8				
No sabe, no responde	64	218	42				
%	19,8	67,3	13,0				
Total	26.315	9413	2.343				
%	73,7	26,3	6,2				

Fuente: elaboración propia

Frente a las actividades realizadas durante los últimos 6 meses, del 80% del total de personas que están trabajando, el 91,4% de ellas han estado estudiando en los últimos meses, y el 66% de las personas que están incapacitadas para trabajar sin recibir pensión no presentan restricción en la participación.

Frente a los procesos de rehabilitación y su recuperación, del 74% del total de la población que le atribuye su recuperación a Dios, la familia y el empeño por salir adelante, el 70,4% del grupo de personas que atribuye su recuperación a los servicios de salud no tiene restricción en la participación; con respecto al tipo de

**Tabla 3.** Relación entre determinantes sociales de la salud intermedios y restricciones en la participación social

Determinante	No restricción	Sí restricción	No sabe no responde	Chi <sup>2</sup> valor	Valor p	Coefic. conting.	Valor p				
<b>Tipo de afiliación</b>											
Sin afiliación	7876	3231	820	77,880	0,000	0,045	0,000				
%	70,9	29,1	6,9								
Afiliado	18.439	6182	1523								
%	74,9	25,1	5,8								
Total	26.315	9413	2343								
%	73,7	26,3	6,2								
<b>Tipo de vivienda</b>											
Casa	24.561	8.811	2.160	55,993	0,000	0,038	0,000				
%	73,6	26,4	6,1								
Institucionalizado	1.065	270	103								
%	79,8	20,2	7,2								
Otros	442	236	73								
%	65,2	34,8	5,3								
No sabe, no responde	247	96	27								
%	72	28	5,3								
Total	26.315	9.413	2.343								
%	73,7	26,3	6,2								
<b>Condiciones de la vivienda</b>											
Propia	15.535	5.404	1.102					174,397	0,000	0,068	0,000
%	75,2	24,8	5,0								
Alquiler	8182	2.991	967								
%	73,2	26,8	8,0								
Otros	1.188	581	138								
%	67,2	32,8	7,2								
No sabe, no responde	1.409	437	136								
%	73,3	26,7	6,9								
Total	26.315	9.413	2.343								
%	73,7	26,3	6,2								
<b>Actividad últimos 6 meses</b>											
Trabajando	3.698	910	12	9.028,103	0,000	0,658	0,000				
%	80,3	19,7	0,3								
Estudiando	1.887	177	4								
%	91,4	8,6	0,2								
Incapacitado para trabajar sin pensión	8.053	4.139	66								
%	66,1	33,9	0,5								
Otros	12.272	4.027	41								
%	75,3	24,7	0,3								
No sabe, no responde	405	160	2.220								
%	71,7	28,3	79,7								
Total	26.315	9.413	2.343								

Continuación tabla 3

Determinante	No restricción	Sí restricción	No sabe no responde	Chi² valor	Valor p	Coefic. conting.	Valor p
%	73,7	26,4	6,2				
<b>Actividad laboral que desempeña</b>							
Obrero	1.629	362	4				
%	81,8	18,2	0,2				
Patrón	90	10	1				
%	90	10	1,0	434,721	0,000	0,106	0,000
Independiente	1.810	483	7				
%	78,9	21,1	0,3				
No trabaja	22.786	8.558	2.331				
%	72,7	27,3	6,9				
Total	26.315	9.413	2.343				
%	73,7	26,3	6,2				
<b>Promedio ingreso mensual</b>							
1 a 3 smmlv	26.127	9.360	197	32.704,196	0,000	0,927	0,000
%	73,3	26,4	0,6				
Mas de 3 smmlv	102	18	0				
%	85	15	0,0				
No sabe, no responde	86	35	2.146				
%	71,1	28,9	94,7				
Total	26.315	9.413	2.343				
%	73,7	26,3	6,2				
<b>A quien le atribuye su recuperación</b>							
Servicios de salud	1.918	491	316				
%	79,6	20,4	11,6				
Familia, empeño por salir adelante, dios	4.567	1024	556	581,951	0,000	0,123	0,000
%	81,7	18,3	9,0				
Otros	52	18	7				
%	74,3	25,7	9,1				
No sabe, no responde	19.778	7.880	1.464				
%	71,5	28,5	5,0				
Total	26.315	9.413	2.343				
%	76,7	23,7	6,2				
<b>Ordenaron rehabilitación</b>							
No	3.644	1.856	223				
%	63,7	32,4	3,9				
Sí	22.548	7.517	2.086				
%	70,1	23,4	6,5	285,591	0,000	0,087	0,00
No sabe, no responde	40	124	34				
%	20,2	62,6	17,2				
Total	26.315	9.413	2.343				
%	69,1	24,7	6,2				

Fuente: elaboración propia



rehabilitación ordenada, el 70% del total de personas que le ordenaron tratamiento de rehabilitación no tiene restricción en la participación.

## Discusión

Con respecto a los determinantes sociales de la salud estructurales, diversos estudios ponen de manifiesto que los sectores con menores ingresos económicos y que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos tienen relación directa con una esperanza de vida baja y mayor riesgo de sufrir enfermedades [15], datos muy similares al presente estudio donde se estableció que el 59,8% de la población vive en estratos 1 y 2, considerados de nivel bajo en Colombia, lo cual concuerda con los resultados registrados en otras regiones.

Las inequidades sociales están presentes en todos los países, pero en algunos se presentan con mayor énfasis y afectan al género femenino, en lo cual las principales inequidades sociales en servicios de salud son el acceso a la atención y el diagnóstico oportuno [16]. El sexo femenino está expuesto a factores de riesgo relacionados con el hogar, dadas las características y las condiciones de la vivienda; además, están más propensas a enfermedades de transmisión sexual, con consecuencias graves para el sexo masculino [16]. Al comparar estos estudios que muestran el predominio del género femenino sobre el masculino en la presencia de discapacidad, con el presente estudio se identifica que el 52% el género relacionado con la discapacidad mostró niveles de asociación estadísticamente significativos.

La presencia de discapacidad en el género está ligada a dos características para tener en cuenta: la edad de la persona y la esperanza de vida al nacer de cada país y región. De acuerdo con la información brindada por el Departamento Nacional de Estadística (Dane), la esperanza de vida en Colombia para el quinquenio 2010-2015 es de 78 años para las mujeres y 72 para los hombres [17], lo cual está relacionado con los datos de los diversos estudios interpretados anteriormente. El género como determinante social de salud es fundamental porque es una de las principales características que permite identificar la presencia de inequidad social en una población, especialmente en la población con discapacidad.

En el ámbito educativo, son los hombres quienes en un 21% culminaron estudios de básica secundaria frente al 17% del sexo femenino. Con respecto a la educación superior, el 3,1% de los hombres accedió a estudios de ese nivel frente al 2,1% las mujeres. En el terreno laboral, el 16% del género masculino está trabajando actualmente, en contraste con el 9% del género femenino, cifra que contrasta con las actividades de oficios de hogar: el 26% del género femenino realiza estas actividades, frente

al 5,5% del género masculino. En la afiliación al sistema de salud, 22,6% del género masculino está afiliado al régimen subsidiado, frente al 21,6% que es servicio de salud más frecuente. Puede evidenciarse que el género femenino en la población con discapacidad presenta más inequidades respecto a los determinantes sociales de la salud, datos muy similares a otras investigaciones desarrolladas en Latinoamérica [18].

Con relación a la edad de las personas con discapacidad, diversos estudios muestran cómo la discapacidad es más frecuente en la población adulta mayor con rango de edad entre 65 y 79 años, con una prevalencia de 1,87%; en mayores de 79 años con prevalencia de 3,34% [19]. Al comparar esta información con la presente investigación, se muestra cómo el grupo de edad entre 20 y 64 años es el más afectado por la discapacidad y que son los adultos mayores de 80 años quienes en menor porcentaje presentan discapacidad.

La educación se ha considerado como uno de los determinantes sociales de la salud estructurales más relevante, pues es un elemento clave en el desarrollo sostenible de una nación [16] y está altamente correlacionada con otros determinantes sociales de la salud, tales como el nivel de ingresos, el empleo, la seguridad y las condiciones de trabajo.

En cuanto al nivel educativo de la población con discapacidad, en América se muestran datos similares a los presentados en este estudio [20]. Al comparar esta información con este estudio, se observa que en Santiago de Cali la educación para las personas con discapacidad ha sido una gran limitación o barrera dentro de sus actividades sociales.

El nivel educativo como determinante social en las personas con deficiencias refleja que las personas con múltiples deficiencias no han terminado estudios primarios [21].

Con respecto a la educación frente a la limitación en la actividad, se encuentra que son las mujeres quienes tienen mayor limitación en la actividad y no tienen acceso después de educación secundaria en comparación [22]. Al comparar los datos anteriormente mencionados con este estudio, el 48% de las personas que presenta deficiencia realizaron estudios hasta básica primaria, 19% estudios de básica secundaria y el 30% no ha realizado estudios de formación escolar.

La estimación de limitación en la actividad en población no institucionalizada logró determinar que la raza y el sexo son predictores de discapacidad. La comparación de estos datos con la investigación realizada, donde el 82% de las personas de raza mestiza y el 14% de raza negra, presentan limitación en la actividad [23]. En Brasil, el 20,3% de las mujeres de raza negra presenta restricción en el acceso a actividades laborales, lo que frecuentemente se agrava por la discriminación deriva-

da de origen social [24]. Estos datos resultan coherentes con lo encontrado en esta investigación, en que la raza presentó asociación con la participación  $p < 0,05$ .

Como se mencionó anteriormente, las alteraciones o deficiencias permanentes influyen en el desempeño de las actividades cotidianas; actividades como caminar (principalmente), correr y saltar son fundamentales para ejecutar diversas actividades en nuestro diario vivir. La diferencia radica en la forma cómo se realizan esas actividades diarias: según el concepto de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, si se ejecuta una actividad de manera distinta a lo que se considera normal para el ser humano, ello significaría que la persona cuenta con discapacidad [16]. Nótese cómo en la presente investigación la limitación para caminar, correr y saltar representan la limitación más frecuente (57%), seguida de la limitación para pensar y memorizar (44%) y de la limitación para movilizarse por problemas respiratorios y del corazón (28%).

Con respecto a actividades laborales y a la restricción en la participación, la encuesta de oportunidades de vida (2010) identificó que las personas con discapacidad presentan mayor restricción en la participación en oportunidades de empleo (56%), frente a las personas sin discapacidad (26%) [25]. Al comparar los datos mencionados, el 80% de las personas que trabajan, el 91% de las personas que estudian y el 66% de personas incapacitadas para trabajar sin recibir pensión no refieren restricción en la participación.

Se identifica que la persona con discapacidad, tanto en el estudio realizado en Cali como en los antecedentes revisados, tiene la capacidad o el poder de decisión respecto a la continuidad del tratamiento de rehabilitación, lo cual puede estar ligado a factores sociales y emocionales. González identificó que las causas de la no continuidad de tratamiento kinésico se debió principalmente a las condiciones socioeconómicas [25].

## Conclusiones

La interacción de los determinantes sociales de la salud en las personas con discapacidad en Santiago de Cali representa un círculo vicioso que sugiere relación con determinantes como género, educación, empleo, barreras arquitectónicas y servicios de salud, entre otros, y dicha situación requiere una revisión de las políticas públicas.

Se evidencia así la inequidad social que afrontan las personas en condición de discapacidad en Santiago de Cali, lo que confirma que la salud está ligada a factores estructurales e intermedios.

Los determinantes sociales de la salud en la población con discapacidad conforman un problema de salud pública que torna imperiosa la ejecución de estrategias de intervención, principalmente en países y regiones en vías de desarrollo.

## Limitaciones del estudio

La utilización de fuentes secundarias como base de datos generó dificultades al momento de analizar algunas variables, debido a la ausencia de datos y a que no se tuvo la posibilidad de acceder a la fuente primaria.

## Referencias

- 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 Tovar LM, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia, 2003. *Lecturas de Economía* 2003; 65: 177-208.
- 3 Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds) *Health and Social Organization*. London: Routledge; 1996. Pp. 71-93.
- 4 Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. declaración provisional. In: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2007.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional. [sitio en internet]. [Consultado 28 de febrero 2013]. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/events/2007/csdh/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/2007/csdh/es/index.html)
- 6 Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Health Canada. The Social Determinants of Health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector. [Libro electrónico]. Toronto: York University School of Health Policy and Management; 2010. [Consultado 28 de febrero 2013]. In [http://www.thecanadianfacts.org/The\\_Canadian\\_Facts.pdf](http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf).
- 7 Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, propiedades de la CIF: 18-20; 2005
- 8 *Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*; Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
- 9 Bruner J. *Acción, pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alianza editorial; 1989.
- 10 Banco Interamericano de Desarrollo BID. *Discapacidad y Desarrollo Inclusivo*. In: BID; 2010.
- 11 Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de censos y demografía. *Información sobre Discapacidad*. Manizales; 2006.
- 12 Ministerio de Salud República de Colombia. *Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad*. 2002.
- 13 Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos*. In: Ginebra; 1993. p. 53-56.
- 14 República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución. In: 008430. Santafé de Bogotá; 1993.
- 15 World Health Organization Europe, Wilkinson R, Marmot M, editores. *Social Determinants of Health: The solid fact*. 2da Edición. Copenhagen: Who Regional Office for Europe; 2003.

- 16 World Health Organization. Social Determinants of Health in Asia and the Pacific. Página 24. 2008, [Consultado 28 de febrero 2013]. Disponible en: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health\\_Situation\\_Biregional\\_Publication.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Situation_Biregional_Publication.pdf).
- 17 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Comunicado de prensa Estudios demográficos del DANE. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2005.
- 18 Secretaria de la Gestión Pública. Jefatura de Gabinete de Ministros de la República Argentina. Sistema de información para el control del registro y actualización de los cargos y contratos desempeñados por personas con discapacidad certificada. Argentina. [Consultado 28 de febrero 2013]. Disponible en: [http://www.jgm.gov.ar/sgp/archivos/empleo/primer\\_informe\\_discapacidad.pdf](http://www.jgm.gov.ar/sgp/archivos/empleo/primer_informe_discapacidad.pdf)
- 19 Instituto nacional de estadística (INE). Panorámica de la discapacidad en España 2008, encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de discapacidad.2008. Madrid, España Octubre 2009. Disponible en [www.acredita-t.gob.es/contenidos/pdf/estudio\\_panoramica.pdf](http://www.acredita-t.gob.es/contenidos/pdf/estudio_panoramica.pdf).
- 20 Zitko P., Cabieses B. Socioeconomic determinants of health in Chile. *Disability and Health Journal* 2011; 4(4): 271-282.
- 21 Pereda C, Prada M., Actis W. Discapacidades e inclusión social. La Caixa. Perfil educativo de la población con discapacidad. Colección de estudios N°. 33.
- 22 Cropmton S. Women in Canada: a gender-based statistical report. Canada: Social and Aboriginal Statistics Division; 2011.
- 23 Bustamante C., Arroyo S. La raza como determinante del acceso a un empleo de calidad: un estudio para Cali. *Ensayos Sobre Política Económica* 2008; 26(57): 130-175.
- 24 Abramo L. Trabajo, género y raza, un tema presente en la agenda brasileña. *Revista Nueva Sociedad* 2008; 218:87-106.
- 25 González F. Análisis de la adherencia a los tratamientos kinésicos. *Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía* 2007; 12(1): 1-31.