

**ANALISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN
TERMINOS DE DESIGUALDAD EN UN GRUPO DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD DE LA CORPORACION DE DISCAPACIDAD NARIÑO –
COORDINAR. PASTO. 2016**

**JOHANA VANESA BENAVIDES MORENO
DAYRA CRISTINA VELASCO BENAVIDES**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES Y POSTGRADOS
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2018**

**ANALISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN
TERMINOS DE DESIGUALDAD EN UN GRUPO DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD DE LA CORPORACION DE DISCAPACIDAD NARIÑO –
COORDINAR. PASTO. 2016**

**JOHANA VANESA BENAVIDES MORENO
DAYRA CRISTINA VELASCO BENAVIDES**

**Trabajo de grado para optar el título de
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**Asesora:
Mg. ISABEL CRISTINA CERÓN SOUZA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES Y POSTGRADOS
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2018**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en este Trabajo de Grado son Responsabilidad de los autores.

Artículo 1 del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966, emanado por el Honorable Concejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación:

Aprobado por el comité de grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por el Centro de Estudios en Salud - CESUN y la Vicerrectoría de investigaciones, Posgrados y Relaciones Internacionales - VIPRI de la Universidad de Nariño, para optar el título de Magister en Salud Pública.

Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Agosto de 2018

RESUMEN

Introducción: La población con discapacidad es uno de los colectivos que históricamente presenta mayores índices de pobreza y exclusión social lo cual demanda reconocer la estrecha relación entre la exclusión social y las desigualdades sociales en salud, mediante el análisis de los determinantes sociales en salud.

Objetivo: El presente trabajo de investigación permitió realizar el análisis de los determinantes sociales en salud (materiales) en términos de desigualdades, en un grupo de personas con discapacidad que asisten a la Corporación de Discapacidad de Nariño - Coordinar, en la ciudad de San Juan de Pasto.

Materiales y métodos: La investigación se desarrolló a través de un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo transversal. Inicialmente se realizó una revisión documental exhaustiva que arrojó un análisis descriptivo y objetivo del contexto normativo, que ampara a la población con discapacidad en la ciudad de San Juan de Pasto; seguidamente, para la recolección de datos relacionados con los aspectos sociodemográficos y con los determinantes sociales en salud (materiales) se utilizó una encuesta aplicada a grupo de 90 personas con discapacidad y una vez obtenido este dato se estableció el grupo de personas sin discapacidad en igual número (90 personas) y con similares características sociodemográficas, haciendo parte de este grupo los cuidadores, familiares o personas cercanas. La encuesta se diseñó a partir de una adaptación del cuestionario utilizado en el Registro de Localización de Personas con Discapacidad. Igualmente, se utilizó la información del Registro de Localización de Personas con Discapacidad, como fuente para la localización de las personas con discapacidad con registros activos y que asisten a Coordinar. Para la selección del grupo sin discapacidad y con similares condiciones sociodemográficas, se seleccionaron a los cuidadores o personas cercanas a su entorno, con el fin de cumplir con los criterios estadísticos que permitieran realizar la relación entre los dos grupos para medir la diferencia o desigualdad entre ellos. En el documento se realiza también la descripción del contexto normativo, que ampara a la población con discapacidad en la ciudad de San Juan de Pasto, con el fin de ampliar la visión de la demanda a estos determinantes sociales y conocer de manera objetiva las condiciones que les caracteriza.

Resultados: La condición de salud analizada en cuanto a atención en salud, percepción de los servicios y afiliación al régimen, si bien presenta su mayor gradiente de desigualdad a nivel de percepción, en general las dos poblaciones, se encuentran expuestas a las mismas falencias del sistema de salud del país, en este sentido los resultados de la investigación, la PcD hace mayor uso de los servicios de salud esto con el fin de no exacerbar su condición de salud que genera su nivel de discapacidad. Con relación a esta información es importante

destacar que los servicios a los que se accede son servicios especializados tales como: rehabilitación, ayudas técnicas, tratamientos, cirugías, medicamentos y pruebas especializadas, que generan un mayor costo al sistema de salud por lo cual la mayoría de las veces debe ser accedido a través de mecanismos legales.

Conclusiones: El estudio permitió concluir que las personas con discapacidad sufren desigualdades en mayor proporción en educación y en el ámbito laboral con diferencias significativas en comparación con el grupo de personas sin discapacidad. Reconocer que las mayores brechas y prioridades existentes para reducir las desigualdades sociales en salud son las condiciones educativas y laborales puede brindar información valiosa para la planificación y mejorar las acciones de Salud Pública orientadas a la población con discapacidad. El análisis de los Determinantes Sociales en Salud (materiales) de un grupo de personas con discapacidad de San Juan de Pasto que ofrece este estudio, expone argumentos que permitan analizar las desigualdades en salud de dicho grupo desde la introspectiva del conocimiento, para alcanzar en un futuro un aporte significativo a la asignación igualitaria de recursos y contribuir a la planificación, cumplimiento y efectividad de políticas, desde los diferentes sectores, políticos, académicos, organismos de desarrollo y sociedad civil.

Palabras claves: Desigualdad, discapacidad, determinantes sociales en salud. (Fuente: DeCS Bireme)

ABSTRACT

Introduction: The population with disabilities is one of the groups that historically presents higher rates of poverty and social exclusion, which requires recognizing the close relationship between social exclusion and social inequalities in health, through the analysis of social determinants in health.

Objective: The present research work allowed the analysis of the social determinants in health (materials) in terms of inequalities, in a group of people with disabilities attending the Nariño Disability Corporation - Coordinate, in the city of San Juan of Pasto.

Materials and methods: The research was developed through a quantitative approach and a transversal descriptive design. Initially, an exhaustive documentary review was carried out that yielded a descriptive and objective analysis of the socio-economic and political context, which covers the population with disabilities in the city of San Juan de Pasto; Then, for the collection of data related to the sociodemographic aspects and with the social determinants in health (materials) a survey applied to a group of 90 people with disabilities was used and once this data was obtained, the group of people without disabilities was established in the same number (90 people) and with similar socio-demographic characteristics, being part of this group the caregivers, relatives or close persons. The survey was designed based on an adaptation of the questionnaire used in the Location Register of Persons with Disabilities. Likewise, information from the Location Register of Persons with Disabilities was used as a source for locating persons with disabilities with active records and who assist in Coordinating. For the selection of the group without disability and with similar sociodemographic conditions, the caregivers or people close to their environment were selected, in order to comply with the statistical criteria that would allow the relationship between the two groups to measure the difference or inequality between them. The document also describes the socio-economic and political context that protects the population with disabilities in the city of San Juan de Pasto, with the aim of broadening the vision of demand to these social determinants and knowing in a objective conditions that characterizes them.

Results: The health condition analyzed in terms of health care, perception of services and affiliation to the scheme, although it presents its greatest inequality gradient in terms of perception, in general the two populations are exposed to the same shortcomings of the health system of the country, in this sense the results of the research, the PcD makes greater use of health services this in order not to exacerbate their health condition that generates their level of disability. Regarding this information it is important to highlight that the services accessed are specialized services such as: rehabilitation, technical aids, treatments, surgeries, medicines and specialized tests, which generate a higher cost to the health

system, which is why most of the times it must be accessed through legal mechanisms.

Conclusions: The study allowed to conclude that people with disabilities suffer inequalities in a greater proportion in education and in the workplace with significant differences compared to the group of people without disabilities. Recognize that the major gaps and existing priorities to reduce social inequalities in health are the educational and labor conditions can provide valuable information for planning and improve public health actions aimed at the population with disabilities. The analysis of the Social Determinants in Health (materials) of a group of people with disabilities of San Juan de Pasto that offers this study, exposes arguments that allow to analyze the inequalities in health of said group from the introspective of the knowledge, to reach in a future a significant contribution to the equal allocation of resources and contribute to the planning, compliance and effectiveness of policies, from different sectors, politicians, academics, development agencies and civil society.

Keywords: Inequality, disability, social determinants in health. (Source: DeCS Bireme)

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	14
1. OBJETIVOS.....	16
1.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
2. MARCO REFERENCIAL.....	17
2.1. MARCO HISTÓRICO.....	17
2.2. MARCO TEÓRICO	17
2.2.1. Discapacidad	18
2.2.2. Determinantes Sociales en Salud	20
2.2.3. Inequidades y desigualdades.....	23
2.3. MARCO LEGAL	25
2.4. MARCO ÉTICO.....	27
3. DISEÑO METODOLOGICO.....	29
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	29
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	30
3.4.1. Revisión documental.....	30
3.4.2. Cuestionario de Análisis de los determinantes sociales en salud en términos de desigualdad en la población con discapacidad Pasto	31

3.4.3. Entrevista semiestructurada.....	31
3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	32
3.5.1. Análisis documental de la normatividad.....	32
3.5.2. Caracterización sociodemográfica de la población con y sin discapacidad y determinantes sociales en salud.....	32
3.5.3. Información complementaria sobre percepción de los determinantes sociales en salud de la población con discapacidad.....	32
3.6. RESULTADOS ESPERADOS Y APORTES DEL ESTUDIO	32
3.6.1. Limitaciones del estudio.....	32
4. RESULTADOS Y ANALISIS	34
4.1. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO NORMATIVO QUE AMPARA A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO	34
4.2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE DEL ESTUDIO	39
4.3. NIVEL DE DESIGUALDAD DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	41
4.4. DISCUSIÓN	50
5. CONCLUSIONES	55
6. RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS.....	64

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Resumen normativo para la protección de los derechos de la población con discapacidad	34
Tabla 2. Leyes sancionadas para la protección de los derechos de personas con discapacidad	35
Tabla 3. Decretos sancionados para la protección de los derechos de personas con discapacidad	35
Tabla 4. Resoluciones sancionadas para la protección de los derechos de personas con discapacidad	35
Tabla 5. Acuerdos sancionados para la protección de los derechos de personas con discapacidad	36
Tabla 6. Comparación de las edades de los grupos de estudio	39
Tabla 7. Distribución por sexo de la población con discapacidad y sin discapacidad San Juan de Pasto 2016.....	40
Tabla 8. Distribución de las condiciones sociales de la población con discapacidad y sin discapacidad. San Juan de Pasto 2016	41
Tabla 9. Distribución de alteraciones de las personas con discapacidad 2016	41
Tabla 10. Distribución de condiciones de vivienda y saneamiento básico de la población con discapacidad y sin discapacidad - 2016.....	43
Tabla 11. Distribución de la atención en salud de la población con discapacidad y sin discapacidad - 2016	44
Tabla 12. Distribución de condiciones de educación de la población con discapacidad y sin discapacidad - 2016.....	44
Tabla 13. Distribución de condiciones laborales de la población con discapacidad y sin discapacidad – 2016	45

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (54).....	23
Figura 2. Comparación de la distribución de las edades de los grupos estudiados	40

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento Informado	65
Anexo B. Normatividad	67
Anexo C. Instrumento de recolección de información	81
Anexo D. Entrevista semiestructurada	89

INTRODUCCION

El informe mundial de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud en el 2011, estima que el 15% de la población mundial vive con alguna discapacidad. Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento (1). En Colombia, la prevalencia es del 6,3% de la población. De acuerdo al censo realizado en el año 2005, en Pasto hay una población cercana a las 27 mil personas en condición de discapacidad, de las cuales, alrededor de 10 mil se encuentran en el registro de caracterización y localización.

El presente estudio se realizó con un grupo de 90 personas entre las que se encontraron personas con discapacidad de tipo físico y cognitivo que pertenecen a la Corporación de Discapacidad de Nariño (Cordinar), y un grupo de 90 personas sin discapacidad (cuidadores y/o familiares cercanos al primer grupo). Cordinar está compuesta por 7 asociaciones de personas con discapacidad física, cognitiva y múltiple, denominadas Asociación Ondas Sureñas, Diseño Manos de Vida, Volcán de Sabores, Ases Nariño, Asolivnar, Asominar, Juvensor.

En términos de desarrollo, la población con discapacidad es uno de los colectivos que históricamente presenta mayores índices de pobreza y exclusión social, tal como lo refiere Sen (2), en sus estudios de justicia social, una Persona con Discapacidad (PcD), puede necesitar más recursos y bienes primarios que una Persona sin Discapacidad (PsD), para lograr las mismas capacidades. Además, las personas con discapacidad deben incurrir en gastos adicionales para hacer las mismas cosas que otros hacen con facilidad y en los países en desarrollo las personas con discapacidad son frecuentemente los más pobres entre los pobres en términos de sus ingresos, pero adicionalmente su necesidad de ingresos es mayor que la de las personas sin discapacidad, debido a que necesitan dinero y asistencia para tratar de vivir sus vidas e intentar aliviar su participación social.

Partiendo de este referente el presente trabajo de investigación quiso ofrecer datos estadísticos objetivos que permita visibilizar la problemática social y política que genera el desconocimiento de las necesidades en salud de esta población. Por esta razón, este estudio presenta los resultados del análisis que da respuesta a cómo son las desigualdades sociales en términos de los determinantes sociales en salud (materiales), en un grupo de personas con discapacidad de Cordinar en el municipio de Pasto en el año 2016, tomando como referente conceptual lo establecido desde la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud; que enfatiza en las dimensiones estructurales de la pobreza y la desigualdad, desde las estructuras políticas y socioeconómicas de las sociedades, que determinan las condiciones de vida y de trabajo de estas personas, o lo que la Comisión misma denomina “las causas de las causas” (3).

La investigación analiza la situación de los Determinantes Sociales de Salud y la desigualdad de un grupo de personas con discapacidad de la ciudad San Juan de Pasto que pertenecen a Cordinar, en relación a un grupo de personas sin discapacidad que tuvieran similares condiciones sociodemográficas, razón por la cual fueron seleccionados los cuidadores y personas cercanas a su entorno que cumplieran con este criterio.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la desigualdad social en términos de los determinantes sociales en salud (materiales) de un grupo de personas con discapacidad física y cognitiva pertenecientes a la Corporación de Discapacidad de Nariño Cordinar en la ciudad de Pasto, en relación con un grupo de personas sin discapacidad de similares condiciones sociodemográficas.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el contexto normativo, que ampara a la población con discapacidad en la ciudad de San Juan de Pasto.
- Caracterizar socio demográficamente la población con discapacidad y sin discapacidad participante del estudio.
- Establecer la presencia de desigualdades de los determinantes sociales en salud (materiales) de un grupo de personas con discapacidad en relación a un grupo de personas sin discapacidad.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO HISTÓRICO

La revisión del estudio realizado por González-Pérez (4), Paganini (5), a nivel latinoamericano y por Celis y Gutiérrez (6) a nivel nacional permitieron reconocer la estrecha relación entre la exclusión social y las desigualdades sociales en salud, mediante el análisis de los determinantes sociales en salud, los antecedentes profundizan en la comprensión de las variables relacionadas con las condiciones de vida, tales como el entorno físico relacional, el entorno inmediato del individuo (hogar, escuela, trabajo) y las estructuras sociales formales e informales (servicios, sistemas y políticas), que están íntimamente relacionados con las condiciones que crean o exacerban la discapacidad.

El análisis de esta información demuestra el alcance de las políticas orientadas a las condiciones sociales y económicas, las cuales no logran satisfacer las necesidades de la población, caracterizándose por su escasa visibilidad y el empoderamiento del grupo poblacional y su contexto, de esta manera los niveles actuales de las desigualdades en salud, continúan constituyéndose en un reto nacional en términos de equidad en salud y justicia social (7).

De igual manera, la revisión histórica determinan que existe la normatividad necesaria y suficiente para el abordaje de la discapacidad, pero es poco lo que se ha avanzado en la implementación de las mismas, sin impacto positivo en las PcD y con acciones ineficientes en cobertura y calidad, generando acciones asistencialistas limitando la práctica en procesos inclusivos de las personas en la actividad socioeconómica del país, ni su inclusión en lo político y cultural y por tanto siguen siendo discriminados y excluidos como grupo poblacional (la mayor minoría del mundo) (8).

En conclusión, resulta menos costoso permitir la inserción de las personas con discapacidad, en lo político, económico, educativo, laboral, social y cultural, que asumir los altos costos generados para su cuidado. Por lo tanto, se estima necesario que el poder político y legislativo asuma el reto de gestionar acciones intersectoriales encaminadas a la aplicación de políticas orientadas a la evaluación y reorientación de los servicios, sistemas y políticas en discapacidad para la igualdad en salud y la justicia social.

2.2. MARCO TEÓRICO

El desarrollo de la perspectiva teórica es considerado como un proceso de inmersión en el conocimiento existente y disponible, que está vinculado con un planteamiento del problema a investigar (9). El presente marco teórico sirvió de

base para exponer y analizar conceptualizaciones, estudios previos, teorías y antecedentes en general que permitieron obtener una visión desde la estructura científica orientando a la interpretación de los resultados que se buscaron obtener.

El presente marco teórico fundamenta la contextualización de los referentes que sustentan la concepción de la Discapacidad, el modelo de determinantes sociales de la salud adoptado por la OMS y los referentes entorno a la Desigualdad en salud que permitan realizar el análisis sustancial para el desarrollo de los objetivos planteados.

2.2.1. Discapacidad. La discapacidad ha cobrado gran relevancia en los asuntos de salud y es un tema álgido de tratar y definir, por esta razón la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció que para referirse a las personas con discapacidad se deben usar términos que no estigmaticen y etiqueten, como es el caso del término minusvalía, debido a su connotación peyorativa en inglés, con la revisión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en el 2001 se toma la decisión de abandonar totalmente este término, sin embargo, es difícil encontrar un término adecuado para referirse a los individuos que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción(10). Para poder definir esta situación, el modelo médico considera que la discapacidad es un problema de la persona causado por una enfermedad, trauma o condición de salud que requiere de cuidados médicos prestados de manera independiente por profesionales de la salud; por otro lado, el modelo social de la discapacidad la considera como un fenómeno de origen social centrado en la completa inclusión de las personas en la sociedad, resultado de esta discusión, la CIF incluye en su revisión el término “discapacidad” para denominarlo como un fenómeno multidimensional, consecuencia de la interacción de las personas con su entorno físico (10).

Para el año 2006, la convención de los derechos de la población con discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a la persona con discapacidad “...aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (11). Es entonces que, a partir de estas discusiones sobre el tema, se puede comenzar a entender que la discapacidad es la brecha que existe entre las demandas del medio y las capacidades de la persona, vinculando más a fondo la función social que la misma condición de salud, y es lo que no permite que la persona logre ejecutar actividades que le permitan su desarrollo personal y la participación efectiva en su entorno según el momento del ciclo vital por el cual la persona está atravesando.

Según las estadísticas de la OMS, en septiembre del 2013, “las personas con discapacidad conforman uno de los grupos más marginados del mundo y presentan peores resultados en salud, obtienen resultados académicos más bajos, participan menos en la economía y registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidades”. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su artículo datos sobre discapacidad en el mundo del trabajo, describe que “una de cada 10 personas en el mundo tiene discapacidad”, razón que hace que el goce de los derechos se vea limitado ya que el entorno en el que se desenvuelven no se adapta a ellos, evitando de esta manera que puedan desarrollar sus competencias ocupacionales según sus intereses, destrezas y habilidades, por lo tanto, esta exclusión trae como consecuencia que la sociedad perciba pérdidas entre los 1,37 y 1,94 trillones de dólares anuales, resultantes de la poca o nula productividad de estas personas que en un elevado porcentaje se encuentran en edad productiva; esta compleja situación tiene como causa principal la exclusión social de esta población. Las personas con discapacidad tienen poco o ningún acceso a los servicios que requieren, pocas posibilidades de trabajo decente, menores ingresos, escasa seguridad social y legal, razones que afectan directamente su autoestima (12).

Para Schalock (13) y Verdugo (14), la discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada; es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal (13). En este orden de ideas y con la discusión acerca de la discapacidad y las condiciones socioeconómicas de las personas, se puede destacar que por derecho constitucional las personas deben tener un trato igualitario y que las condiciones de vida no deben jerarquizarse, por lo tanto, se debe hablar desde la perspectiva de la OMS en términos de equidad; como el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos.

Consecuentemente, la equidad en la atención de salud significaría que los recursos para la salud sean asignados de acuerdo con la necesidad, que los servicios sean recibidos según las necesidades y que la contribución al financiamiento de los mismos se realice acorde con la capacidad económica (15), esto permitirá que las personas tengan igualdad de oportunidades en su vida sin consecuencias en su condición de salud y bienestar; lastimosamente esta equidad, está sujeta a las oportunidades que ciertos grupos de personas tiene sobre otras y a los mecanismos sociales que favorecen los intereses de unos cuantos por el poder económico, social y político que pueden tener en una sociedad, y es por esta carencia de oportunidades y el desequilibrio en el acceso que en los últimos años, la OMS y el Banco Mundial, han centrado su atención en el índice elevado de inequidad y la desigualdad en ciertos grupos poblacionales, lo que está incidiendo de manera significativa en el desarrollo humano y el derecho a la salud.

Con todo lo definido anteriormente, se puede decir que la discapacidad tiene una repercusión sobre la persona durante toda la vida y sobre su desarrollo integral e independiente, lo cual disminuye el bienestar y calidad de vida, entendiéndose como un fenómeno socioeconómico por los altos costos en el cuidado de la misma; actualmente, aún en el siglo XXI, la mayoría de la población del mundo y de Colombia, según estudios demuestran que la pobreza parece exacerbar la discapacidad a expensas de la vulnerabilidad (16), se llega a esta conclusión porque los datos recolectados, tales como la mortalidad, la morbilidad, recursos, necesidad, acceso, eficacia, efectividad; son importantes para utilizarse en los indicadores básicos que permiten medir las desigualdades, datos útiles para la toma de decisiones y planificaciones en los sistemas de salud (17).

Esto ha permitido pasar de una visión eminentemente médica individualista, a una visión más social e integral para la persona con discapacidad. Por lo tanto, las políticas públicas y la discapacidad deben entenderse como una categoría social y económica por su alto impacto para el país; pero la formulación de estas políticas públicas, se deben orientar explícitamente al mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos vulnerables en con discapacidad, con asignación y ejecución eficiente de recursos (16).

Para el 2005 el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (18), presenta estadísticas generales en las cuales muestra que las personas con discapacidad que habitan el país, no logran una participación eficaz de sus derechos, generando en la mayoría de ocasiones, estados de dependencia para la ejecución de actividades básicas en las cuales deberían participar de manera independiente, logrando identidad y participación ocupacional. Por todo esto, es importante que desde el sector público, como principal responsable de esta problemática multidimensional, se adopten posturas abiertas e incluyentes, y sobre esta base se sustenta que actualmente en el departamento de Nariño, desde el año 2014, se cuenta con la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2023, que fundamentada en el desarrollo humano y sostenible responde a los compromisos asumidos en el Plan de Desarrollo Departamental, que tiene por objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los grupos de población con discapacidad, con acciones encaminadas a fortalecer la capacidad institucional y de la comunidad para la protección de la población con discapacidad (19).

2.2.2. Determinantes Sociales en Salud. Las características sociales son determinantes para condicionar la calidad de salud de una población y por lo tanto, experimentar en gran medida la enfermedad, las desigualdades sociales y económicas (20); lo que permite suponer, que según el nivel de ingresos de una población se espera como es el estado de salud, lo que conlleva a analizar detenidamente si las comunidades más marginadas y desprotegidas por los gobiernos tienden a generar más costos en salud por los marcados procesos

curativos que devengan, y por las inadecuadas condiciones y acceso a los servicios de salud, confirmando que los determinantes sociales de la salud tiene implicaciones de gran alcance para las políticas públicas, que permite a los responsables políticos tomar decisiones claras y contundentes sobre las causas directas de los determinantes de la enfermedad y las inequidades. Es por esta razón, que a finales de los años 90 y principios del año 2000, a nivel mundial cobró impulso la acción política sistemática para hacer frente a las inequidades en materia de salud y abordar los determinantes sociales de la salud mediante la política pública y de esta manera atacar las raíces sociales de la mala salud (21).

Para poder entender esta problemática y permitir darle una solución apoyada por la toma de decisiones eficientes y eficaces desde los gobiernos, se debe tomar como referencia el modelo utilizado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (22), que explica los determinantes de las desigualdades en salud, definidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (23). Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (24). Este modelo está compuesto por los siguientes elementos:

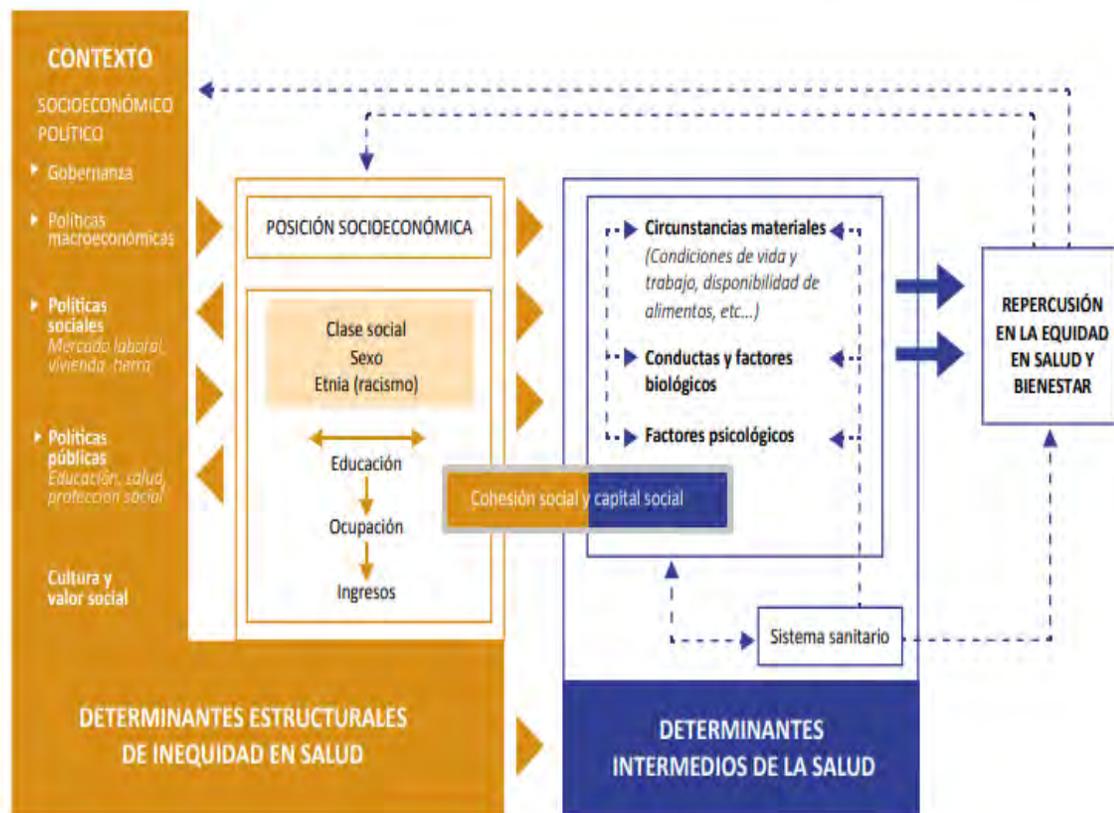
- Contexto socioeconómico y político. Se refiere a factores estructurales del sistema social, incluye: el gobierno, políticas macroeconómicas, políticas sociales, otras políticas públicas, valores sociales y culturales.
- Posición socioeconómica. Se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza.
- Los determinantes intermedios o factores intermediarios. La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud según factores como: a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc.; c) los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y d) el sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los

derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales (25).

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: (1) Mejorar las condiciones de vida cotidianas, en la que se considera importante señalar la equidad que existe desde el inicio de la vida, proveer de entornos saludables que incluya desde una vivienda digna hasta el acceso a los servicios públicos, al igual que tener oportunidades de empleo, protección social y atención en salud en iguales condiciones; (2) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, con estrategias dirigidas a alcanzar la equidad en salud visto como un criterio de evaluación de los planes de gobierno y (3) Medición y análisis del problema, la cual propone establecer un sistema de información sobre las inequidades en salud y sus determinantes sociales, que puedan servir como base para la construcción de políticas, sistemas y programas eficaces (26, 27).

Por otra parte, se esclarece que la estructura social o ejes de desigualdad se constituyen por la posición socio económica que incluye variables sociodemográficas como el nivel de escolaridad, ingresos, estatus ocupacional, el género, la edad, el territorio y la etnia.

Figura 1. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (54).



Fuente: la presente investigación, 2018.

Para efectos de la presente investigación, se tomaron los factores intermedios, que determinan las desigualdades según las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; estos conceptos fueron relacionados con el cuestionario del RLCPD, que contempla las dimensiones de Educación, Salud, Trabajo y Vivienda, que a su vez incluyen los conceptos antes mencionados.

2.2.3. Inequidades y desigualdades. Si bien en la investigación no se aborda el estudio de las inequidades, es necesario aclarar la conceptualización que permita comprender desde el referente teórico, la diferencia entre estos dos términos muchas veces utilizados indiscriminadamente sin objetivar su significado. La OMS hace referencia a *las inequidades* que se refieren a una diferencia injusta y evitable, que se relaciona directamente con las políticas sociales y de salud, siguiendo las necesidades que plantea la desigual distribución del proceso salud-enfermedad; mientras que *la desigualdad social en salud* se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en

función de su clase social, sexo, territorio o etnia y el limitado acceso a los servicios de salud para la atención de los diferentes perfiles epidemiológicos, condiciones de salud que conllevan a procesos de discapacidad (28), lo que se traduce en una peor condición de salud en los colectivos socialmente menos favorecidos. Es importante tener en cuenta que algo que es desigual no necesariamente es inequitativo, en cambio las inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre las sociedades, estas propician el posicionamiento social y la jerarquía organizada en función de los ingresos, educación, ocupación, genero, raza/etnia y otros factores.

Por esta razón y para evitar que las condiciones de salud de las personas continúen afectándose y viéndose vulneradas de manera dramática sobre el desempeño de las personas en la sociedad y más aún, si presentan algún tipo de discapacidad, se hace necesario el análisis y la medición de las desigualdades en el campo de salud y las condiciones de vida, lo que resulta de gran ayuda para la toma de decisiones, aportando al desarrollo social y económico de la región. Para poder llevar a cabo estos procesos, es preciso que los gobiernos apoyados de profesionales expertos en el tema implementen métodos de medición de las desigualdades, utilizando diferentes tipos de indicadores que permiten medir la situación de salud, empleando estadísticas, encuestas demográficas que aportan información sobre grupos sociales, ocupación, escolaridad y otros atributos individuales; entre estos indicadores se menciona que la medición de variables puede hacerse por medio de metodologías en las que se busquen diferencias o distancias absolutas o relativas entre estas mediciones. (útiles para los responsables de tomar decisiones, especialmente cuando se han formulado metas a alcanzar, porque permiten una mejor apreciación de la magnitud del problema de salud pública), se pueden explorar diferencias en la distribución de a variable en la población por medio de proporciones o pueden construirse nuevos índices que permitan una apreciación gráfica y cuantitativa del problema, medidas especialmente importantes para la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas destinadas a lograr la equidad (29).

El lugar, que cada individuo ocupa en la jerarquía social, afecta las condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, aumenta la vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad; en este orden de ideas, es importante identificar algunos elementos que definen desigualdad, se puede mencionar que las estructuras sociales y las instituciones políticas y legales generan vulnerabilidad en las poblaciones, lo que repercute en el incremento de las desigualdades e inequidades en salud consideradas improcedentes y por lo tanto injustas y evitables.

Cuando los factores que las generan no dependan directamente del individuo sino de las políticas de estado que es directamente responsable de la toma de decisiones, tal como sucede con el acceso a servicios que son indispensables para la vida, todo esto a causa de la estructura social, si bien es cierto que se

busca disminuir estos índices con el acceso a los servicios de salud desde el sistema de seguridad social en salud y un Plan Obligatorio de Salud (POS), más completo que permita a las personas con discapacidad suplir necesidades en procesos de prevención y rehabilitación desde la división del sistema con los aportes mensuales del régimen contributivo el cual permite que se financie en un alto porcentaje al sistema subsidiado.

En este sentido, es una utopía toda vez que las necesidades de la población pobre y vulnerable seguirán en aumento, aunando y empeorando las desigualdades en salud y por lo tanto, los que si tienen capacidad de pago seguirán aportando al sistema según sus ingresos económicos mensuales mas no según el consumo de los servicios, esto porque es necesario suplir las necesidades de un grupo poblacional que consume gran cantidad de servicios de salud, aunque estos no aporten económicamente al sistema, esta relación hace que el acceso a servicios de salud no sea equitativa y que los recursos de unos se destinen para el tratamiento de la discapacidad de un grupo de personas bajo las condiciones injustas en la distribución de bienes y derechos para vivir una vida digna y saludable.

El acceso a estos servicios se hace de manera individual con recursos propios, como es el caso de las personas que por sus ingresos económicos acceden a servicios de medicina prepagada para poder suplir necesidades en salud y evitar condiciones de discapacidad que los colocaran en desventaja frente a la ejecución de actividades, que permiten su crecimiento personal y laboral y su desarrollo humano entendido este como “indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno”(30).

2.3. MARCO LEGAL

A continuación, se relaciona el marco legal que ampara las determinaciones a nivel mundial y nacional en amparo a la población con discapacidad.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas (31), reconoce que las PcD deben gozar de autonomía e independencia individual y que sus derechos humanos y libertades fundamentales deben ser promovidos y protegidos por el Estado. De acuerdo con la Convención, las PcD son “aquellas personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, a largo plazo, que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

El 13 de diciembre de 2006 en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, se aprueba la Convención de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (32), la cual hace referencia al “cambio paradigmático” de las

actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. El propósito de la presente Convención fue promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

La historia nacional, cuenta desde mucho tiempo atrás con algunas imposiciones que abordan la discapacidad en Colombia, es de resaltar que actualmente, el tema de la población con discapacidad ha avanzado en su inclusión en la agenda pública y el reconocimiento jurídico efectivo de sus derechos, el marco normativo vigente sirve de base en las implicaciones políticas que una unidad territorial –ya sea nacional o local– diseña, formula y ejecuta como respuesta a las demandas de la sociedad y sus necesidades.

La Constitución Política de 1991 (33), consagró las disposiciones para exigir al estado el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, considerados en art. 13, mediante la protección especial, y las sanciones a los abusos o maltratos que contra ellas se cometan, el art. 54, acerca de la formación, habilitación y ubicación laboral acorde a las condiciones de salud de las PcD, el art. 67, que fundamenta derecho a la educación como servicio público y demás bienes y valores de la cultura. Ley 1346 del 2009 (34), artículo 27 al empleo. Por otra parte, buscando garantizar los derechos de las personas con discapacidad en Colombia en el año 2013 se sanciona la Ley 1618 (35), por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

La normatividad establece en la Ley 115 de 1994 (36), La Ley General de Educación, a partir del capítulo 1º del Título III "Educación para personas con limitaciones o capacidades excepcionales", donde se destaca el proceso de integración académica y social de dichos educandos (Artículo 46) "el estado apoyara a las instituciones y fomentara programas y experiencias orientadas a la adecuada atención educativa"; así mismo, para el año 1996, el Congreso sanciona el decreto 2082 del 18 de noviembre de 1996 (37) cuyo objetivo es reglamentar la atención educativa para personas con limitación o capacidades o talentos excepcionales. La Ley 361 de 1997 (38) establece mecanismos de integración social de las personas con limitaciones. Capítulo IV de la integración laboral, artículos del 22 al 34.

En torno al sector salud, la Ley 100 de 1993 (39) reglamenta el Sistema de Seguridad Social en Salud y tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, y brinda beneficios especiales a las PcD. La Ley estatutaria 1751 del 2015 (40), de la reforma a la salud en su artículo 11, considera sujetos de especial protección a las personas con discapacidad y gozarán de especial protección por parte del Estado.

Igualmente se contempla la resolución 1516 de 2016, la cual aprueba el lineamiento técnico para la atención de niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, con discapacidad, promoviendo el registro de los beneficiarios de las modalidades de atención de población con discapacidad en el RLCPD

El marco legal en términos de desigualdad no es específico, pero es de tener en cuenta que un común denominador con relación a los procesos de inclusión es la equiparación de oportunidades, los derechos fundamentales hacia la no discriminación, y la elaboración de marcos legales que respondan a las necesidades de la población con discapacidad.

2.4. MARCO ÉTICO

Para la presente investigación fue necesario reconocer lo establecido por la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 (41), que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Por lo cual, la presente investigación se clasifica dentro de la categoría de *Investigación sin riesgo*, teniendo en cuenta que se utilizaron técnicas documentales sin realizar ningún tipo de intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes. En ejercicio de sus atribuciones legales en especial las conferidas por el Decreto 2164 de 1992 y la Ley 10 de 1990. En el Título II, se aborda lo que refiere a la investigación en humanos, involucrando en el Capítulo II, la investigación en comunidades.

De igual manera, el Artículo 14, contempla la realización del consentimiento informado (Anexo 1), entendido como el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Específicamente en el Artículo 17, refiere la aceptación que tiene la investigación frente al beneficio esperado, asegurado y sin riesgos. En el artículo 18, habla sobre la previa aprobación de las autoridades de la comunidad a estudiar, además de hacer efectivo el obtener el consentimiento informado de las personas involucradas en la investigación (artículo 14, 15 y 16). Por último, se resalta el art. 21 sobre investigación en comunidad, el cual refiere que, en todas las investigaciones en comunidad, los diseños de investigación deberán ofrecer las medidas prácticas de protección de los individuos y asegurar la obtención de resultados válidos acordes con los lineamientos establecidos para el desarrollo de dichos modelos.

Para el presente proceso investigativo, fue necesaria la aprobación previa del Instituto Departamental de Salud de Nariño, para el acceso a la información que se consolida en el Registro de Localización y Caracterización (RLCPcD), y el consentimiento informado de las personas con discapacidad que participaron en los grupos focales, al igual que las personas con y sin discapacidad que diligenciaron la encuesta.

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El proceso investigativo se desarrolló mediante el enfoque cuantitativo (9), ya que permitió el análisis de los datos relacionados con los determinantes sociales en salud, referentes a los materiales, tales como vivienda, salud, educación y trabajo, en términos de desigualdad de un grupo de personas con discapacidad que asisten a Cordinar en la ciudad de San Juan de Pasto en relación a un grupo sin discapacidad de características sociodemográficas similares que fueran cuidadores o personas cercanas al grupo anterior. Como información complementaria a los datos cuantitativos, se obtiene información relacionada con las percepciones, opiniones y el conocimiento de las personas con y sin discapacidad, en cuanto a servicios y oportunidades en relación a los Determinantes Sociales de la Salud concernientes al estudio. Si bien es una investigación cuantitativa, para las investigadoras fue importante indagar sobre las percepciones u opiniones, que pudieran avalar o complementar la información obtenida cuantitativamente.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se planteó desde un diseño descriptivo-transversal ya que permite especificar las prioridades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Para la presente investigación se tuvo en cuenta que el grupo de personas con discapacidad cumpliera con tener registro activo en el RLCPcD y se tomo en cuenta las características sociodemográficas como edad, genero, escolaridad, estado civil, ocupación, entre otras, que se describen en la matriz de operacionalización de variables (Ver Anexo 4).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Con el fin de focalizar la muestra a ser estudiada, se realizó el estudio con las personas que pertenecen a Cordinar, la cual está compuesta por siete asociaciones con 218 integrantes, que corresponde a la población. Para determinar la muestra, se realizó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta que es un procedimiento de muestreo cuantitativo en el que el investigador selecciona a los participantes, ya que están dispuestos y disponibles para ser estudiados (42). Es así que, se seleccionaron a quienes decidieran participar voluntariamente de la investigación, que tuvieran el registro activo en el RLCPcD, que fueran mayores de edad y presentaran discapacidad física y/o cognitiva. A partir de esta selección, se logro establecer un

grupo de 90 personas con discapacidad y una vez obtenido este dato se estableció el grupo de personas sin discapacidad en igual número (90 personas) y con similares características sociodemográficas, haciendo parte de este grupo los cuidadores, familiares o personas cercanas. Para el proceso de obtención de datos cualitativos, que sirven como información complementaria, se entrevistaron a 25 personas, 10 que conformaron el grupo de PcD cognitiva y 15 PcD física. Los criterios de inclusión establecidos para la presente investigación consideran lo siguiente:

- Para el grupo de personas con discapacidad: Hombres y mujeres pertenecientes a Cordinar, que presenten discapacidad física y/o cognitiva, mayores de 18 años de edad, con registro activo en el RLCPcD, y que acepten la participación voluntaria con la firma del consentimiento informado.
- Para el grupo de personas sin discapacidad: Hombres y mujeres, mayores de 18 años, con similares condiciones sociodemográficas del grupo anterior por ser cuidadores o personas cercanas y que acepten la participación voluntaria con la firma del consentimiento informado.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para el logro del primer objetivo relacionado con la descripción del contexto normativo que ampara a la población con discapacidad, se utilizó como técnica la revisión documental, cuyos datos fueron recolectados en una matriz de información como instrumento de recolección. En tanto, para realizar la caracterización sociodemográfica de la población de estudio, así como los determinantes sociales en salud (materiales), se utilizó como técnica la entrevista estructurada, a través de un instrumento de tipo cuestionario con preguntas de selección, que seguidamente será descrita. Y para la información complementaria sobre el nivel de desigualdad de los determinantes sociales en salud entre los grupos seleccionados para el estudio, se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada y como instrumento una matriz de información, adicional al análisis de los datos cuantitativos que sirvió para establecer una relación con la información de forma complementaria de las percepciones y opiniones acerca de los determinantes sociales.

3.4.1. Revisión documental. Es una técnica que permite identificar investigaciones, datos o conceptos, con sus autores y discusiones, así como permite delimitar el objeto de estudio, rastrear interrogantes y procedimientos, categorizar experiencias y distinguir elementos, precisando ámbitos con el uso de dos procesos generales a saber, a) la búsqueda, selección, organización y disposición de fuentes de información y b) la integración de la información a partir

del análisis de los datos contenidos en las fuentes correspondiente a la hermenéutica y que muestra los conceptos básicos que se quieren indagar o analizar, con consecuencias en la comprensión del objeto de estudio (43). A partir de esta técnica, se tomo como fuente de información el Registro de localización y caracterización de la población con discapacidad (RLCPD), que hace parte del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, que permite la actualización permanente de los datos, lo que fue importante para esta investigación ya que se utilizó con el fin de analizar la base de datos, enfatizando en los aspectos relacionados con los determinantes sociales en salud. Igualmente se realizó la revisión de los registros de Cordinar para la ubicación de personas en condición de discapacidad física y cognitiva y que fueran activos en el RLCPD, además de las personas sin discapacidad como los cuidadores y familiares.

3.4.2. Cuestionario de Análisis de los determinantes sociales en salud en términos de desigualdad en la población con discapacidad Pasto. Permitió la caracterización sociodemográfica de la población con y sin discapacidad y recolectar la información relacionada con los determinantes sociales de salud (materiales); el instrumento se adaptó teniendo en cuenta los capítulos que componen el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, específicamente los determinantes sociales materiales como son: información relacionada con la vivienda, educación, trabajo y salud, adicional a la información personal que contiene los datos sociodemográficos. El instrumento fue validado por expertos consultores en el tema de discapacidad, una vez diseñado el cuestionario tomando como base el utilizado en el RLCPD y la revisión teórica conceptual de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS y del 6º Informe Técnico de Desigualdades Sociales en Salud en Colombia del Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional en Salud (Ver Anexo C).

3.4.3. Entrevista semiestructurada. Entendida como una conversación, como el arte de realizar preguntar y escuchar respuestas, es una técnica fuertemente influenciada por las características personales del entrevistador, donde se prepara un guión temático sobre lo que se quiere indagar con el grupo de estudio, donde pueden expresar opiniones, percepciones que permiten la relación de sus respuestas con aquellas categorías o variables para confirmar una información (43). A partir de este concepto, en la presente investigación se quiso conocer la perspectiva que las personas con y sin discapacidad tienen sobre los determinantes sociales en salud, y como afectan o no, de una manera significativa su desarrollo como persona en la sociedad. Esta información es importante y relevante ya que fue tomada desde la fuente primaria, las preguntas estuvieron orientadas a conocer las percepciones, opiniones y el conocimiento de las personas con discapacidad en cuanto a servicios y oportunidades en relación a los Determinantes Sociales de la Salud concernientes al estudio (Ver Anexo D).

3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Para el procesamiento y análisis se utilizaron las siguientes técnicas:

3.5.1. Análisis documental de la normatividad. Se realizó revisión documental de todo el marco normativo que ampara los derechos de las personas con discapacidad para poder extraer los aspectos estructurales relevantes y afines con los factores relacionados con los determinantes sociales de la salud. Para esta fase se realizó una revisión rigurosa de leyes, normas y decretos expedidos en Colombia a partir del año 1997 y que en su contenido abarca las definiciones de los determinantes sociales seleccionados para la investigación, tales como la información relacionada con la vivienda, educación, trabajo y salud.

3.5.2. Caracterización sociodemográfica de la población con y sin discapacidad y determinantes sociales en salud. Se utilizó la frecuencia absoluta y relativa (porcentaje) en aquellas de naturaleza cualitativa como género, lugar de nacimiento (municipio/región), estrato. Se utilizó la media aritmética (o la mediana) y la desviación estándar (o rango intercuartil) en aquellas variables de naturaleza cuantitativa como la edad en años, escolaridad en años, número de personas que conforman la familia y el número de hijos, condiciones de vivienda, ocupación, salud, relaciones sociales. En caso de no cumplir con el supuesto de normalidad evaluado por la prueba de Shapiro Wilk ($n < 50$) o Kolomogorov Smirnov, las variables cuantitativas se describen usando la mediana y el rango intercuartil (Percentil 75-percentil 25).

3.5.3. Información complementaria sobre percepción de los determinantes sociales en salud de la población con discapacidad. A partir de la revisión de los factores recopilados en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, se elaboró la entrevista semiestructurada que fue aplicada a la población con discapacidad donde se abordaron factores relacionados con los determinantes sociales de la salud (materiales) como son: vivienda, trabajo, salud y educación, desde la percepción y opinión sobre la temática, información que se registra en una matriz y que permite complementar los datos cuantitativos.

3.6. RESULTADOS ESPERADOS Y APORTES DEL ESTUDIO

3.6.1. Limitaciones del estudio. El proceso del presente estudio se limitó teniendo en cuenta que el dato del Registro de Localización de personas con discapacidad está en proceso de ejecución, lo que hizo más complejo la

localización de la muestra. Las instituciones o asociaciones de personas con discapacidad no permitieron el desarrollo del proceso de investigación aduciendo que no le ofrecen ninguna contraprestación a su entidad. La localización de personas con discapacidad que no estén adscritas a una institución o asociación específica, y no se encuentren datos actualizados de su residencia. La insuficiencia de instrumentos validados para el estudio de los Determinantes Sociales en Salud.

4. RESULTADOS Y ANALISIS

4.1. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO NORMATIVO QUE AMPARA A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO

Para el cumplimiento del primer objetivo del desarrollo del proceso metodológico, se organiza el normograma con leyes, decretos, acuerdos y resoluciones, desde el año 1994 hasta el año 2015 (Anexo 2), donde se ilustra el año, nombre de normatividad, quien sanciona y al tipo de discapacidad va dirigido y el sector específico al que va dirigido. En el caso del presente análisis se consideró pertinente realizar el abordaje a la normatividad en los sectores que hacen parte de las condiciones o determinantes que conforman el estudio, de tal manera la revisión está destinada a la normatividad vigente en Colombia referente al sector salud, educación, vivienda y trabajo, la normatividad fue analizada sin contemplar el tipo de discapacidad a la que está dirigida teniendo en cuenta que los modelos adoptados por la legislación en Colombia, si bien se han establecido las normas por sectores, las políticas se han focalizado a la población con discapacidad en general sin diferenciar por tipo de discapacidad.

A través de la revisión y análisis normativo se puede concluir que partiendo de la Constitución Política de Colombia cuenta con 4 artículos específicos que abordan la discapacidad, existen 39 leyes expedidas por el Congreso, 18 decretos expedidos por el presidente de la Republica, 6 Resoluciones expedidas por los ministros y 3 acuerdos aprobados por los Consejos Departamentales y Municipales.

Tabla 1. Resumen normativo para la protección de los derechos de la población con discapacidad

Constitución Política 4 artículos	Leyes	Congreso	39
	Decretos	Presidente	18
	Resoluciones	Ministros	6
	Acuerdos	Consejos Departamentales, Municipales, Departamentales	3

Fuente: la presente investigación, 2018.

Las tablas 2, 3, 4 y 5 contemplan la información recolectada en cuanto a las leyes, decretos y resoluciones sancionadas por cada sector, esta información permite analizar la legislación colombiana en temas relacionados con los determinantes sociales en salud como la atención a las necesidades de salud, al desarrollo e inclusión educativa y laboral de las personas con discapacidad.

Tabla 2. Leyes sancionadas para la protección de los derechos de personas con discapacidad

Leyes por sector	No	Análisis
Educación	2	Buscan la integración de la población al servicio educativo y la formación en programas de readaptación profesional en el SENA
Salud	6	Las leyes sancionan la creación del sistema de seguridad social en salud, asignan recursos para que sean destinados para atención de la población con discapacidad-
Trabajo	3	Busca garantizar los derechos laborales, promoviendo el teletrabajo y otro tipo de sectores en los que se puede desempeñar la población con discapacidad
Vivienda	1	Regula un sistema de financiación para la construcción de vivienda.

Fuente: la presente investigación, 2018

Tabla 3. Decretos sancionados para la protección de los derechos de personas con discapacidad

Decretos por Sector	No.	Palabra Clave
Educación	5	Exige que las instituciones educativas la inclusión de población con discapacidad y de la misma manera reglamenta la existencia de apoyos pedagógicos y modelos lingüísticos que permita la atención educativa de la población.
Salud	3	Asigna funciones al ministerio de salud para la atención, orientación, vigilancia de planes y programas orientados a la población con discapacidad, así mismo reglamenta la afiliación al régimen de seguridad social a esta población
Trabajo	1	Busca la readaptación profesional y emplear a las personas con cualquier tipo de discapacidad
Vivienda	1	Reglamenta el subsidio familiar para vivienda de interés social.

Fuente: la presente investigación, 2018

Tabla 4. Resoluciones sancionadas para la protección de los derechos de personas con discapacidad

Resoluciones por sector	No	Palabra clave
Educación	1	Prestar el servicio educativo a la población.
Salud	1	Asigna recursos a entes territoriales para atención eventos no POS
Trabajo	0	
Vivienda	0	

Fuente: la presente investigación, 2018

Tabla 5. Acuerdos sancionados para la protección de los derechos de personas con discapacidad

Acuerdos por sector	No.	Palabra clave
Educación	0	
Salud	0	
Trabajo	2	Readaptación profesional y de esta manera busca productividad en la población exaltando sus habilidades y capacidades.
Vivienda	0	

Fuente: la presente investigación, 2018

La revisión normativa realizada permite abordar la fundamentación de la implementación política, reconocer los esfuerzos destinados para su implementación y analizar la estructura organizativa, el reconocimiento de la legislación vigente, y la implicación de las autoridades responsables en el tema. Se afirma que a partir de la Constitución Política de 1991(44) se configura el marco jurídico que determina los derechos y los deberes de las personas con discapacidad, y reconoce las obligaciones del Estado y la sociedad con este grupo poblacional. En el mismo sentido, los artículos 13, 47, 54 y 68, expresan obligaciones de atención, protección apoyo e integración social de las PcD, en el margen Constitucional se definen una serie de derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales de carácter universal (25, 48, 49, 52, 67, 70), el reconocimiento sobre estos elementos jurídicos es esenciales para realizar el posterior análisis de la legislación en Colombia entorno a la Discapacidad.

Es importante reconocer que dentro del marco normativo que ampara la discapacidad en Colombia se han dado transformaciones en las concepciones sobre la discapacidad, tanto en rutas de atención a la población como también al incrementar la participación de la población en la toma de decisiones sobre asuntos relacionados esto evidente a través de la conformación de los comités territoriales de discapacidad.

Con referencia a lo anterior, es de considerar los aportes de la Ley 361 del 1997 (38), la cual establece los mecanismos de integración social de las personas con discapacidad, enfatizando en los derechos fundamentales, a partir de esta legislación se incluyen como temas prioritarios la prevención, la educación, la rehabilitación, la inclusión laboral, el bienestar social y la accesibilidad, en beneficio de las personas, donde se busca la equiparación de oportunidades.

Dentro del análisis realizado se considera que los seguimientos llevados a cabo por la sociedad civil a la política pública en discapacidad obtienen una evaluación negativa con respecto a consideraciones en cuanto al desinterés en la reglamentación, el desarrollo intersectorial desarticulado al afrontar la necesidades de la población, aún prevalecen los esfuerzos dispersos, la escasez de recursos,

la falta de información y empoderamiento de las PcD, insuficiencia de talento humano para la implementación de estrategias lo que ocasiona que los programas tengan un bajo impacto a nivel social, político y económico, al igual que la negligencia estatal (Dissnett, números 915, 927, 944, 950).

Se continua con el nivel normativo, donde la Ley 1145 de 2007(46), por la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad- SND, quien rige las orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la ejecución de los principios generales de la discapacidad contenidos en la mencionada ley. A lo largo de la revisión realizada de la normatividad ha permitido analizar los diseños políticos que enmarcan la noción de la discapacidad en Colombia, y especialmente revisar el asunto de justicia social que permita interpretar las mediciones en cuanto a las desigualdades e inequidades que conciernen al presente estudio, especialmente con relación a factores estructurales de los Determinantes Sociales en Salud que han sido objetos de esta investigación tales como: la salud, la educación, el trabajo y la vivienda que bien es cierto en el análisis normativo son denominados como sectores de reglamentación ya que se puede considerar que las políticas en discapacidad del país desconocen los factores sociales determinantes de la salud. Por lo tanto, se realizó un análisis por sectores con el fin de facilitar el abordaje del tema y la interpretación en beneficio de la investigación:

La normatividad entorno al sector salud, ofrece una perspectiva de abordaje amplia, si bien, el Plan Nacional de Discapacidad 2002-2006 (47) considera que la Ley 100 de 1993, aporta de manera significativa en su intento de alcanzar cobertura universal en salud, mejorar el flujo de recursos hacia el sector y brindar una mayor asistencia en salud pública a todos los colombianos, sin discriminación de ningún tipo.

De este modo, es importante tener en cuenta que dentro del sistema de salud no existe una red operativa que permita construir de manera precisa y ágil un servicio idóneo que evalúe, diagnostique, intervenga y haga el seguimiento pertinente a las personas con discapacidad, lo cual implicaría minimizar las secuelas y efectos adversos, sumado a esto las PcD, sus familias y cuidadores se ven en la obligación de resolver de manera individual los numerosos trámites, solicitudes, exámenes, consultas, sin contar con apoyo especializado, esta situación da como resultado: procesos dispersos y deficientes, resultados tardíos que poco contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la PcD y su familia y aún menos su participación en la sociedad (48).

Así mismo, un aspecto importante a considerar en el sector salud referente a la atención integral de la persona con discapacidad, es la disposición y efectividad que tienen los servicios de Rehabilitación teniendo en cuenta que estudios han demostrado que la oferta de estos servicios no alcanza a satisfacer de manera eficiente en cobertura y calidad (49) a la población con discapacidad lo que repercute de manera significativa la autonomía e independencia.

En relación a la idea anteriormente expuesta, la Ley 361(38) hace hincapié en que la rehabilitación es un eje medular en la formación de las personas con discapacidad dada su importancia para el desarrollo capacidades y “óptimos niveles de funcionamiento psíquico, fisiológico, ocupacional y social”.

De tal forma, la rehabilitación integral comprende procesos de readaptación funcional y profesional y busca proporcionar los instrumentos que permitan a las personas con discapacidad auto realizarse, cambiar la calidad de sus vidas e intervenir en el ambiente inmediato que les rodea, así como en la sociedad en general (48).

Los cambios y desarrollo social y político, en torno a la discapacidad se centra a nivel legal en la protección de sus derechos, buscando la protección e igualdad de oportunidades, creación de políticas públicas, prevención y sanción de toda forma de discriminación, violencia y maltrato de la población con discapacidad cualquiera que sea el tipo de discapacidad. Es oportuno indicar que el documento CONPES SOCIAL 166 del 2013 (45), somete el rediseño de la política pública de discapacidad establecida en el documento CONPES 80 de 2004. El rediseño considera el desarrollo del concepto de discapacidad, considerando su abordaje desde el enfoque de derechos, conforme lo consagra la Convención sobre los Derechos de las PcD de Naciones Unidas (31), que reconoce que los derechos y libertades deben ser promovidos y protegidos por el estado.

Como alternativa al fortalecimiento al acceso y cobertura de los servicios en el Sistema de Salud y Seguridad Social en Colombia el Consejo Nacional de Discapacidad (CND)(50), ha incluido dentro de los Planes de Atención tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, en servicios de atención en rehabilitación, suministro de ayudas técnicas, además se contemplan acciones de promoción y prevención en atención comunitaria dentro de políticas de atención en Salud Pública, acciones entendidas como políticas públicas, servicios que buscan mejorar las condiciones de vida y el bienestar del individuo y las comunidades.

A través de la revisión normativa es de destacar la transferencia de recursos de la Nación a entidades territoriales responsables, para la atención a las necesidades de las PcD, presupuesto que debe ser asignado para cumplir funciones en cuanto a: Registro y Caracterización de la Población con Discapacidad acorde a los lineamientos establecidos por el Departamento Nacional de Estadística – DANE, la implementación de estrategias de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC, el fortalecimiento de Banco de Ayudas Técnicas, como también deben ser asignados al fortalecimiento de los Comités Técnicos Territoriales, y para la implementación de proyectos productivos.

La legislación relacionada con las directrices del sector educativo, desde una visión general, busca actualmente la inclusión de la población al servicio educativo y la formación en programas de readaptación profesional en el Servicio de Enseñanza Nacional de Aprendizaje - SENA. A partir de la reglamentación de la Ley 115 de 1994 (38), se consagra el derecho a la educación y el ingreso de estudiantes con discapacidad al aula regular y que las instituciones educativas cuenten con procesos de inclusión a la población con discapacidad y de la misma manera reglamenta la existencia de apoyos pedagógicos y modelos lingüísticos que permita la atención educativa de la población. Es así como la legislación colombiana encarga a las instituciones de Educación Pública la responsabilidad de garantizar el acceso a la educación y a la capacitación en los niveles de primaria, secundaria, profesional y técnico para las personas con discapacidad, a fin de dotarlas con una formación integral dentro del ambiente apropiado a sus necesidades particulares.

4.2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE DEL ESTUDIO

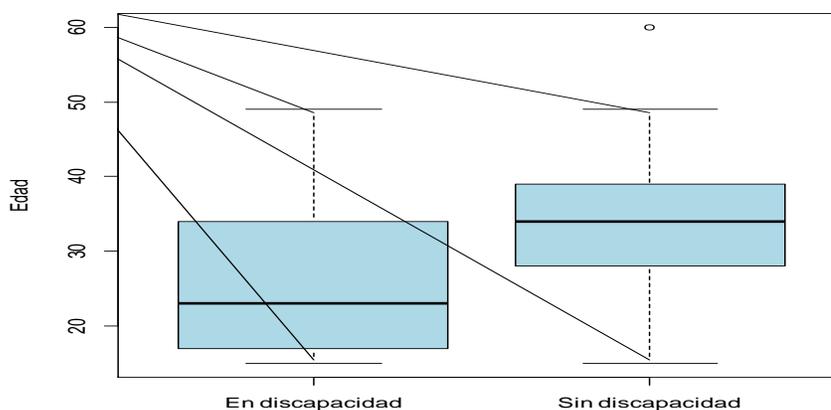
Los grupos de estudio estuvieron compuestos por 90 personas con discapacidad y 90 personas sin discapacidad. Mediante el test de Kolmogorov Simirnov se concluyó que la edad de las personas estudiadas no sigue una distribución normal, el valor de p encontrado en las personas con discapacidad fue 0,457 y entre las personas sin discapacidad 0,478. La edad promedio de las personas con discapacidad fue de 23 años (Riq=17 - 34) y de 34 años (Riq = 15 - 39) para las personas sin discapacidad. Los datos evidencian que la distribución de la edad de las personas con discapacidad es estadísticamente menor que la distribución de la edad entre las personas sin discapacidad (valor $p < 0,001$). Estos y otros resultados pueden ser encontrados y ampliados en la tabla 6 y Figura 2.

Tabla 6. Comparación de las edades de los grupos de estudio

Indicador	En discapacidad	Sin discapacidad
Mínimo	18	18
Cuartil 1	20	31
Mediana	23	34
Promedio	26.5	33.77
Cuartil 3	34	39
Máximo	49	60
U de Mann Whitney (Valor p)	<0,001	

Fuente: La presente investigación, 2018.

Figura 2. Comparación de la distribución de las edades de los grupos estudiados



Fuente: La presente investigación, 2018.

En el grupo de personas con discapacidad se identificaron 57 hombres (63.3%) y en el grupo de personas sin discapacidad 4 (4,5%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (valor $p < 0,001$), tal como se evidencia en la Tabla 7.

Tabla 7. Distribución por sexo de la población con discapacidad y sin discapacidad San Juan de Pasto 2016

Variable	Nivel	En discapacidad	Sin discapacidad	Test	Valor p
Sexo	Hombre	57 (63.3)	4 (4.5)	Chi - cuadrado de Pearson	<0,001
	Mujer	33 (36.7)	86 (95.5)		

Fuente: La presente investigación, 2018.

Con respecto a las variables sociales se identificó que el 100% de las personas sin discapacidad entrevistadas vivían acompañadas, entre las personas con discapacidad se encontró que el 16,7% vivían solas. El núcleo familiar de las personas con discapacidad es más pequeño que es el de las personas sin esta condición, 35,5% de las personas con discapacidad comparten su hogar con 2 personas o menos, mientras que entre las personas sin discapacidad esta proporción es de 15,5%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de personas en el hogar y la situación de discapacidad (valor $p = 0,005$). El 95,5% de las personas con discapacidad tienen entre 2 y 3 personas a cargo, esta cifra desciende a 77,7 % entre el grupo de personas sin discapacidad (valor $p = 0,000$). De acuerdo con los resultados, el 2.25% de las personas con discapacidad tienen menores de 12 años a cargo mientras que entre las personas sin discapacidad esta proporción se aumenta a 15,5% (Valor $p = 0,000$).

Resultados similares se encontraron para las personas mayores de 60 años a cargo (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de las condiciones sociales de la población con discapacidad y sin discapacidad. San Juan de Pasto 2016

Variable	Nivel	En discapacidad n (%)	Sin discapacidad n (%)	Test	Valor p
Convivencia	Solo	15 (16,7)	0 (0,0)	Fisher	0,000
	Acompañado	75 (83,3)	90 (100,0)		
Número de personas en el hogar	0 - 2	32 (35,5)	14 (15,5)	Chi - Cuadrado	0,005
	3 - 4	42 (46,6)	61 (66,6)		
	5 o más	16 (17,9)	15 (17,9)		
Número de personas a cargo	1	4 (4,5)	10 (11,1)	Fisher	0,000
	2 - 3	86 (95,5)	70 (77,7)		
	4 - 5	0 (0,0)	10 (11,1)		
Número de menores de 12 años a cargo	0	86 (95,5)	75 (83,3)	Fisher	0,000
	1	2 (2,25)	14 (15,5)		
	2	2 (2,25)	1 (1,1)		
Número de mayores de 60 años a cargo	0	86 (95,5)	83 (92,2)	Chi - Cuadrado	0,073
	1	4 (2,25)	7 (7,8)		

Fuente: Elaboración de los autores a partir de datos propios.

La alteración más frecuente en las personas con discapacidad estudiada fue la del sistema nervioso (84,4%). La alteración del movimiento se presentó en el 26,7% de las personas con discapacidad (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de alteraciones de las personas con discapacidad 2016

Variable	Nivel	N	%
Alteración del sistema nervioso	No	14	15,6
	Si	76	84,4
Alteración del movimiento corporal	No	66	73,3
	Si	24	26,7

Fuente: La presente investigación, 2018.

4.3. NIVEL DE DESIGUALDAD DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

A continuación, se presenta los resultados obtenidos de la medición de los DSS, de vivienda, educación, trabajo y salud de la población con discapacidad con el fin de conocer y analizar en términos de desigualdades las diferencias existentes

comparadas con las personas que no presentan ningún tipo de discapacidad y se encuentran en situaciones socio económico similar. Para iniciar se presentará el análisis de condiciones demográficas y socio demográficas que incluye aspectos de edad, género, tipo de convivencia, personas que conforman su hogar, personas a cargo e ingresos mensuales, con el fin de analizar cómo se comportan los datos y si arrojan diferencias significativas de desigualdad. Las desigualdades en salud son diferencias en el estado de salud o en la distribución de los recursos para la salud entre los grupos de población, que se derivan de las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Se identificaron 2 personas con discapacidad que no contaban con el servicio de energía eléctrica, el 100% de las personas sin discapacidad cuenta con este servicio. 68,5% de las personas con discapacidad encuestadas tienen servicio de alcantarillado, entre las personas sin discapacidad la proporción de 100% (valor $p < 0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de personas que cocinan los alimentos con agua potable (valor $p = 0,330$). La condición de la vivienda mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio (valor $p < 0,001$), en este sentido el 41,2% de las personas sin discapacidad habitan vivienda propia totalmente pagada, proporción que desciende a 16,6% en el grupo de personas con discapacidad. Otros resultados pueden ser consultados en la tabla 10.

Es importante contemplar que la vivienda y el acceso a servicios públicos, son determinantes importantes de la salud y de la desigualdad en salud y es uno de los principales determinantes para definir procesos relacionados con la generación de desigualdades sociales (54).

Tabla 10. Distribución de condiciones de vivienda y saneamiento básico de la población con discapacidad y sin discapacidad - 2016

Variable	Nivel	En discapacidad n (%)	Sin discapacidad n (%)	Test	Valor p
Energía eléctrica	No	2 (2,2)	0 (0,0)	Chi Cuadrado	0,2404
	Si	88 (97,8)	90 (100,0)		
Alcantarillado	No	28 (31,5)	0 (0,0)	Chi Cuadrado	<0.001
	Si	62 (68,5)	90 (100,0)		
Alimentos agua potable	Si	86 (96,6)	83 (92,2)	Fisher	0,330
	No	4 (3,4)	7 (7,7)		
Condición de la vivienda	Arriendo o subarriendo	53 (58,8)	53 (58,8)	Fisher	<0.001
	Vivienda propia y la está pagando	4 (4,4)	0 (0,0)		
	Vivienda propia totalmente pagada	15 (16,6)	37 (41,2)		
	Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	11 (12,2)	0 (0,0)		
	Otra condición	7 (7,7)	0 (0,0)		

Fuente: La presente investigación, 2018.

La valoración realizada a la atención en salud mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio (valor p <0,001), en este sentido el 43,3% de las personas con discapacidad calificó como buena la atención en salud recibida, entre las personas sin discapacidad la frecuencia de estas calificaciones aumentó a 67,7%. Las atenciones en salud fueron más frecuentes en las personas con discapacidad (100% en el último año). La distribución del régimen de seguridad social en salud mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (valor p = 0,000), el régimen subsidiado es el que más se repite en ambos grupos, aunque se presenta con menor frecuencia en los individuos con discapacidad (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de la atención en salud de la población con discapacidad y sin discapacidad - 2016

Variable	Nivel	En discapacidad n (%)	Sin discapacidad n (%)	Test	Valor p
Atención en salud	Excelente	4 (4,4)	21 (23,3)	Chi cuadrado	<0,001
	Buena	39 (43,3)	61 (67,7)		
	Regular	32 (35,5)	0 (0,0)		
	Deficiente	15 (16,6)	8 (8,8)		
Atención en salud en el último año	Si	90 (100,0)	82 (91,1)	Fisher	0.01
	No	0 (0,0)	8 (8,9)		
Régimen	Subsidiado	64 (71,1)	89 (98,8)	Fisher	0.00
	Contributivo	24 (26,6)	1 (1,2)		
	Especial	2 (2,2)	0 (0,0)		

Fuente: La presente investigación, 2018.

Se identificaron diferencias estadísticamente en la proporción de analfabetismo (valor $p = 0,00$), sin discapacidad (48,3%) y con discapacidad (0%). El 58,4% de las personas con discapacidad asistía a un centro educativo en el momento de la encuesta, mientras que entre las personas con discapacidad esta proporción fue de 5,1% (valor $p < 0,001$). El tipo de establecimiento educativo más frecuente entre las personas con discapacidad fue el público (93,3%) responde a necesidades.

Tabla 12. Distribución de condiciones de educación de la población con discapacidad y sin discapacidad - 2016

Variable	Nivel	En discapacidad n (%)	Sin discapacidad n (%)	Test	Valor p
Sabe leer y escribir	Si	46 (51.1)	90 (100.0)	Fisher	<0.001
	No	44 (48.8)	0 (0.0)		
Asiste a un centro educativo	Si	53 (58.8)	5 (5.6)	Chi cuadrado	<0.001
	No	37 (41.2)	85 (94.4)		
Tipo de centro educativo	Ninguno	0 (0.0)	88 (97.7)	Fisher	<0.001
	Público	83 (92,2)	2 (2.3)		
	Privado	7 (7,8)	0 (0.0)		
¿La educación responde a necesidades?	Si	90 (100.0)	71 (78,8)	Fisher	<0.001
	No	0 (0.0)	19 (21,2)		
¿Seguiría estudiando?	Si	65 (72,2)	52 (57.7)	Chi cuadrado	0.061
	No	25 (27.8)	38 (42.3)		

Fuente: La presente investigación, 2018.

El 91% de las personas con discapacidad está incapacitado permanentemente y no puede trabajar. Lo anterior conlleva a una diferencia estadísticamente significativa (valor $p < 0,001$) en los ingresos percibidos mensualmente encontrando que el 92,1% de las personas con discapacidad no tienen ingresos, cifra superior a la encontrada entre las personas sin discapacidad (55,4%).

Las bajas tasas de participación en el mercado laboral constituyen una de las razones importantes por las cuales la discapacidad puede conducir a la pobreza (49). Un principio para que las PcD y sus familias puedan superar la exclusión, debe tener acceso al trabajo o a medios de vida, a fin de romper algunos nexos entre discapacidad y pobreza como tendiente favorecedora de inequidad.

Tabla 13. Distribución de condiciones laborales de la población con discapacidad y sin discapacidad – 2016

Variable	Nivel	En discapacidad	Sin discapacidad	Test	Valor p
Qué estuvo haciendo durante los últimos 6 meses	Trabajando	0 (0.0)	16 (17.7)	Fisher	<0.001
	Buscando trabajo	0 (0.0)	31 (34,4)		
	Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión	82 (91.1)	0 (0.0)		
	Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	8 (8.9)	0 (0.0)		
	Realizando oficios del hogar	0 (0.0)	43 (47.7)		
Tipo de contrato	A término fijo	0 (0.0)	16 (17.7)	Fisher	<0.001
	Sin contrato	90 (100.0)	74 (82.3)		
Ingreso mensual	Sin Ingreso	83 (92.2)	51 (56,6)	Chi cuadrado	<0.001
	Menos de \$500.000	7 (7.8)	33 (36,6)		
	De \$ 500.001 a \$1'000.000	0 (0.0)	5 (5.5)		

Fuente: La presente investigación, 2018.

Los individuos tienen derecho a acceder a todos los servicios que el estado provee para garantizar una salud de calidad y unas condiciones de vida favorables; todo esto porque son derechos fundamentales para los seres humanos y permiten la participación de estos individuos en una sociedad y de esta manera poder desarrollar el potencial de cada una de las personas desde el goce pleno y efectivo de sus derechos que como resultado genera la productividad que permite

el crecimiento de una sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (51) crea la Comisión sobre determinantes sociales de la Salud (CDSS) que busca disminuir las inequidades en salud entre los grupos sociales y presenta como principal responsable a los gobiernos quienes deben resguardar la equidad.

A continuación, se presenta el análisis realizado para el alcance del tercer objetivo que corresponde a identificar los factores determinantes sociales de salud (materiales) de la población con discapacidad. Como información complementaria se realizó la entrevista semiestructurada en la cual se evidenciaron resultados que a continuación se describen.

Al hablar de la normatividad que regula los procesos inclusivos de la población con discapacidad hay un factor que se repite de manera constante y se convierte en un factor de suma importancia y es el incumplimiento de la normatividad que busca protección de sus derechos por falta de conocimiento de la misma, al iniciar el dialogo con la población se hace evidente que solo un mínimo porcentaje de la PcD física conoce algunos apartes de la norma, pero porque su condición de salud, los ha acercado a su revisión, con el fin de realizar alguna exigencia legal de sus derechos en salud principalmente. Toda la población que participa en el estudio manifiesta que el incumplimiento evidente de la legislación, se hace especialmente en el sector laboral porque los empresarios no conocen los beneficios que les trae la contratación directa con la población con discapacidad y por esta razón no se lleva a cabo este proceso, además el temor se hace mayor porque tanto los trabajadores como la misma comunidad no está preparada para la interacción en una actividad laboral con la población que presenta algún tipo de condición lo que agudiza su discapacidad.

En estas políticas, determinar el marco de acción desde los ámbitos nacionales, departamentales y municipales, permiten en acceso efectivo a servicios y derechos fundamentales de las personas como vivienda, educación, justicia, recreación, deporte, cultura, salud buscando la protección social y goce efectivo en una sociedad. La población con discapacidad desconoce entonces la existencia de las normas que los protegen y esto conlleva a que no logren participar de estos planes de manera efectiva, pues su representación frente al gobierno es nula; por lo tanto, no hay quienes puedan llevar a los entes superiores las necesidades de esta población generando de una manera repetitiva la vulneración de los derechos, lo que expone a la población, como lo refiere la OMS, a las inequidades manifestadas en población con discapacidad o con condiciones de salud que no son atendidas a tiempo, lo altos índices de enfermedades que afectan a las poblaciones más vulnerables, acceso limitado a servicios de salud, la baja oferta y demanda laboral, son gradientes que hacen que la población cada día este en mayor riesgo de que su salud, su calidad de vida su bienestar se desequilibre.

En este factor importante, que hace parte de los determinantes sociales para identificar las inequidades en salud, cuando se interactúa con la población se identifican posiciones diferentes puesto que tiene percepciones diferentes iniciando por la prestación de los servicios ya que para las PcD cognitiva esta se hace de manera positiva teniendo en cuenta que ya tiene un tratamiento establecido por sus condiciones poco cambiantes, lo que se traduce solamente al asistir a controles y el recibo de medicamentos y en las poblaciones el trato preferencial en las diferentes entidades en las que les prestan servicios de salud, por el contrario la PcD física perciben los servicios de salud de manera negativa puesto que su condición de salud se exagera con otros diagnósticos lo que hace referencia que requieren diferentes procedimientos para conservar su salud, en equilibrio, servicios que se ven condicionados por la cantidad de profesionales, atención prioritaria en cirugías y procedimientos para los cuales se deben someter a largas esperas, el mayor número de personas con las cuales se trabajó para esta investigación están afiliadas al servicios de salud del régimen subsidiado por lo que tienen atención en todos los servicios y los que no pueden acceder a los mismo acuden a interponer tutelas para poder salvaguardar sus derechos.

Cualquier persona del país tiene derecho al acceso a todos los servicios de salud que el sistema brinda de manera inmediata para poder participar en todos los programas que permiten la promoción, prevención de la salud para evitar la enfermedad y que el estado de salud y la calidad de vida se deterioren.

La perspectiva de la población con discapacidad frente al acceso a los servicios de salud requiere ser investigada a fondo, ya que refieren como la distribución inequitativa, el acceso inestable y condicionado por los recursos económicos, las condiciones geográficas en donde se encuentran ubicadas sus viviendas y los centro de salud rehabilitación se identifican como una barrera condicionante para generar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los derechos que el gobierno debe garantizarles, generando un obstáculo para el desarrollo humano como lo expresa la OMS (52); es por tanto, que la población con discapacidad del municipio de Pasto, manifiesta que los servicios de salud especializados son los más difíciles de acceder, por lo cual su condición de salud se exagera con otras características propias y determinantes que permiten que su discapacidad se agudice, esto continua sucediendo a pesar de los innumerables esfuerzos que el gobierno nacional ha realizado para garantizar los derechos en salud de todas las personas y en especial de este grupo ya que la normatividad existe y los protege, prueba de ello la ampliación de los servicios POS que permiten el acceso a más servicios que pueden mejorar la calidad de salud de la población, es importante resaltar que la población percibe que los servicios de salud del régimen subsidiado son de calidad y que el acceso a ellos es bueno teniendo en cuenta que al ser un grupo vulnerable tiene preferencia en el acceso y prestación del mismo.

De la misma manera, la población con discapacidad manifiesta que si bien el acceso a los servicios se tiene; el tiempo y la demora desde la tramitología y la falta de profesionales idóneos ha generado en su salud problemáticas, a esto se le suma las condiciones en la prestación de los servicios haciendo referencia a la falta de insumos, acceso inadecuado por las condiciones estructurales y físicas, la actitud de los profesionales frente a sus pacientes, la indiferencia de los profesionales, los tiempos largos de espera para acceder a servicios especializados.

El análisis de la información suministrada por la población tanto con discapacidad cognitiva como discapacidad física, se realiza a partir de extraer las categorías más significativas indagadas a través del dialogo en el grupo de personas sin discapacidad, con el cual se hace la relación; por lo tanto, se puede mencionar que la mayoría de PcD cognitiva tienen formación que solo llega al nivel de estudios de básica primaria y participación en educación no formal, como talleres, cursos o su participación en actividades desarrolladas por sus fundaciones a nivel de cultura, lúdica, recreación generalmente con el propósito de generar una fuente mínima de ingresos que posteriormente les permitirá desempeñarse como trabajadores independientes o informales.

Este es un punto álgido en el tema de educación, ya que, si bien cuentan con la oportunidad de participar de este tipo de educación no formal, esta población refiere que el nivel de deserción escolar de la educación formal es significativo porque la mayoría de centros educativos a los cuales asisten no cuentan con los recursos profesionales, económicos, administrativos, pedagógicos que permitan una educación inclusiva y de calidad. Es importante reconocer las manifestaciones acerca del apoyo positivo por parte de los docentes de las instituciones en el sentido que ellos se sensibilizan de la problemática y permiten la participación en algunos procesos educativos de esta población.

En el caso la PcD física, la posibilidad de asistir y finalizar sus procesos de formación y su posterior ingreso a centros de educación superior, esto en relación, a que sus procesos mentales y habilidades cognitivas están integras, y mejora las expectativas de participación en procesos educativos. De alguna manera, esta población tiene la posibilidad de acceder a los beneficios del gobierno central como el otorgamiento de becas de estudio que permiten el ingreso a diferentes centros educativos,

En ese orden de ideas, la educación está regulada por el Ministerio de Educación Nacional quien busca fomentar el acceso y la permanencia de la población, brindando una educación de calidad e integral a todas las personas del territorio nacional, si bien la educación se constituye como un derecho fundamental que debe garantizar el gobierno a todas las personas; esto es clave para el desarrollo de un país puesto que la educación forma personas y por lo tanto si en un pueblo hay personas educadas esto se relaciona directamente con el crecimiento

económico de esa población, se traduce al crecimiento y un pueblo sin pobreza por lo tanto podemos mencionar que la educación es la base de una sociedad (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud).

Subsanar las desigualdades en una generación es alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, así mismo la educación, desde el nivel preescolar en adelante, constituye un elemento fundamental que determina las oportunidades de los niños de gozar de buena salud en el transcurso de la vida, algo que no garantiza a la población con discapacidad y lo está demostrando la OMS con su argumentación que los pueblos más pobres no tiene acceso garantizado a educación y que esto resulta también en índices elevados de casos de embarazos en adolescentes, pocas o casi nulas oportunidades de empleo, bajos ingresos familiares, los cuales dependen del día a día de un trabajador informal que pertenezca a la familia y poca participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud.

Esta realidad no es ajena al municipio de Pasto y más cuando se hace referencia a la población con discapacidad, pues es claro que aunque los programas que ofrecen los entes estatales presentan una gran cantidad de oferta educativa, en muchos de los casos, no cuentan con los profesionales idóneos para realizar un proceso verdaderamente inclusivo a las personas con discapacidad, a esto se suma que las instituciones educativas, en la mayoría de los casos en el municipio no cuentan con acceso adecuado a la infraestructura física, lo que hace que el nivel de deserción sea significativo. Tampoco es ajeno que las actitudes de la población sin discapacidad son excluyentes y, por lo tanto, genera mayor nivel de discriminación llevando consigo a condiciones inequitativas de acceso desde el componente socio-cultural.

En el área laboral es importante mencionar que la Constitución de 1991 le otorga importancia al trabajo, situándolo como principio, deber y derecho. Por tanto con respecto a actividades laborales que desarrolla la población con discapacidad se puede mencionar que si bien están en capacidad de desempeñar actividades que permitan la generación de ingresos el acceso es muy limitado puesto que los empresarios y los contratistas aún no están preparados para poder generar relaciones laborales productivas y aun se presenta temor de compartir con la población actividades porque desconoce de las habilidades y capacidades que ellos poseen por lo tanto hay falta de articulación con entidades que forman profesionalmente personas de manera formal o informal, esto por supuesto genera restricción en la participación, lo que no solo se traduce en el incumplimiento de la norma, sino también apoya negativamente a la falta de sensibilidad de las comunidades frente a la discapacidad.

A esto se le suma que las barreras arquitectónicas son muy altas, pues la mayoría de construcciones en el municipio de Pasto, no aplican la normatividad que regula estos aspectos por lo tanto el ingreso y desplazamiento y por consiguiente el desarrollo de las actividades que son propias de la actividad laboral que se desempeña pueden llegar a ser insuficientes y como resultado puede generar un desempeño laboral negativo, haciendo que los empresarios mantengan una actitud negativa o de desconfianza frente a la contratación de población con discapacidad en sus empresas, presentando como lo refiere Vélez en su estudio que la población con discapacidad presenta mayor restricción en la participación en oportunidades de empleo (53). Además, la oferta laboral para la población es mínima, aunque la creación de puestos de trabajo es relativamente significativa se presenta una marcada discriminación dentro del mercado laboral para la población con discapacidad así lo confirma el 6to informe de la OMS (54).

Por lo tanto, influye en la posición socioeconómica de las personas lo que repercute en los factores de riesgo conductuales y ambientales y a su vez aumenta el riesgo de exacerbar las condiciones de salud, razón por la cual actualmente en Colombia se denomina como una de las principales causas de desigualdad (55).

4.4. DISCUSIÓN

En relación a la vivienda, en este estudio se pudo determinar que la vivienda y el acceso a servicios públicos, son determinantes importantes de la salud y de la desigualdad en salud, particularmente en un contexto de crecimiento de los escenarios urbanos (50), puesto que garantiza la calidad de vida de las personas y por lo tanto es un indicador de que el gobierno municipal ha hecho un gran esfuerzo para darle cobertura a la población en la prestación de calidad de este servicio y disminuyendo brechas en la prestación de servicios y demostrando que en parte se están disminuyendo los índices de pobreza en la sociedad generando bienestar y estilos de vida de calidad y participación social que busca romper el círculo de pobreza de las regiones; es importante mencionar que esta dinámica se presenta en la zona urbana.

Desde otra perspectiva se puede observar que la población que no tiene acceso a estos servicios está ubicada en el sector rural como corregimientos en los cuales es muy difícil el acceso de la maquinaria por su ubicación geográfica lo cual dificulta el ingreso de profesionales de las empresas para la construcción de las redes necesarias para la prestación de este servicio, lo que se traduce en la falta de planificación que exacerba las desigualdades sociales en los residentes de estas zonas, generando el aumento de condiciones de salud que se relacionan directamente con la generación de discapacidades, puesto que las personas están expuestas a otro tipo de riesgos que pueden colocar en riesgo el bienestar y la calidad de salud. En este orden de ideas, la población que accede a estos

servicios entre ellos el de agua potable y el servicio de alcantarillado está expuesta a menores riesgos de contraer enfermedades transmisibles, lo que es una ventaja y se traduce en un factor protector que permite mantener las condiciones de salud de las personas con y sin discapacidad lo más estables posibles dentro de los estándares, así mismo se puede mencionar que esta situación permite distribuir esfuerzos relacionados con la mejora en la calidad de vida y por lo tanto disminuir las condiciones de inequidad y desigualdades de las poblaciones.

Es importante mencionar que un factor que juega un papel muy importante es que por la escasez de recursos económicos se derivan la falta de acceso a una oportunidad laboral que no permite la generación de ingresos (59), por tanto, esta población no puede acceder a tener una vivienda propia que permita un patrimonio familiar, esta situación permite que esos entornos saludables para mantener una población sana se vean reflejados en índices bajos de acceso generando condiciones de pobreza significativas traducidas en altos índices de condiciones de salud que se asocian a discapacidad. Ahora bien si la población se ubica en estratos bajos como 0,1 y 2 esto se traduce en que las condiciones de vida que generan mayor riesgo de sufrir enfermedades por las condiciones a las que están supeditadas las condiciones de a las cuales están expuestas las personas teniendo en cuenta que este estrato representa condiciones de pobreza por la falta de servicios públicos con calidad, así como servicios de salud teniendo en cuenta que la geografía lo hace difícil relacionándose directamente con una esperanza de vida baja (60).

Al hablar de salud se debe entender que está relacionada con la calidad de vida de la población y cuales aspectos permiten el mayor bienestar posible relacionados con el nivel de ingresos, nutrición, educación, calidad del medio ambiente en el que viven, preparación de alimentos con agua potable, acceso a elementos de la canasta familiar para poder suplir sus necesidades y por supuesto, el saneamiento básico que cumple un papel importante para determinar la calidad de salud (60). Cuando se dialoga con la comunidad y más aún, con población que presenta algún tipo de discapacidad, es necesario que se distinga que por su condición de salud ya sea adquirida o congénita, la población requiere acceder de manera continua a las instituciones para que les presten algún servicio de salud que pueda mantener o mejorar su estado, estas entidades tienen planes y programas diseñados a los cuales debe asistir de manera continua los cuales buscan fomentar la salud de manera gratuita, partiendo desde la atención de emergencia que se presente en cualquier momento y que coloque en riesgo la vida de la persona y para lo cual cualquier institución pública o privada del país debe prestar sus servicios de manera inmediata y sin presentar barreras en la prestación de todos los servicios que se requieran; todo esto acorde con la normativa vigente, sin importar su condición socioeconómica.

Es así como en las entidades deberán implementarse acciones de promoción de la salud y prevención, acordes y accesibles para las personas con discapacidad, ahora bien es importante resaltar que la misión de las entidades no termina aquí ellos buscan garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación especializados, pero es aquí en donde se presenta la mayor falla, puesto que al Colombia ser un país rehabilitador en donde la población con discapacidad acude de manera masiva a este tipo de servicio, se ven colapsadas todas las entidades con la exigencia inmediata de citas médicas especializadas de control o bien para procedimientos que de una u otra manera pueden prolongar su vida o mantener su estado de salud lo más estable posible (60).

Esta situación genera gran cantidad de molestias entre la población con discapacidad puesto que las barreras de acceso son siempre evidentes y no permiten la prestación de servicios con calidad, otra variable de importancia es la pobreza ya los servicios de salud con calidad están determinados en gran medida por este factor y se ha demostrado que a mayor pobreza mayor discapacidad y los servicios de salud son más inaccesibles (61) para este grupo poblacional puesto que la falta de recursos económicos evita que las personas puedan hacer uso efectivo de los servicios ya que no pueden salir de sus veredas, no tiene recursos para la compra de medicamentos, ayudas técnicas, alimentación saludable que coadyuva al mejoramiento o mantenimiento de la salud y que se ve reflejada en la seguridad alimentaria que permite bienestar y calidad de vida, el nivel o calidad de salud se ve alterado de igual manera cuando al población está expuesta a factores socioeconómicos y medioambientales desfavorables (59, 60).

Las desigualdades en cuanto al nivel educativo demuestran que tan solo 5,1% de las PcD terminaron el bachillerato y/o asistieron a un centro educativo en el momento de aplicarse la encuesta, con una diferencia del 58,4%%, para el 93% de la población la educación que ha recibido responde a las necesidades que la sociedad exige para su desempeño efectivo en ella, por ejemplo para desarrollar actividades laborales básicas, o empleos informales, lo que demuestra una brecha amplia a nivel de acceso al servicio educativo entre las dos poblaciones. En el contexto colombiano, la educación es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política de 1991 en su Artículo 67, donde se estableció como un bien público y de obligatoriedad para la población entre los cinco y los quince años de edad. De acuerdo con la Comisión de Determinantes sociales, se reconoce la gran influencia que tiene la educación en la reducción de la pobreza, el ingreso al empleo y a la accesibilidad de servicios que pueden mejorar la calidad de vida de los sujetos (51, 54).

Es evidente que la PcD presentan barreras sociales, actitudinales y de acceso a la información y a los recursos educativos, esta razón es significativa y crucial en el momento de hacer efectivo su derecho puesto que si bien la Secretaría de Educación Municipal cuenta con el programa de Educación Inclusiva que permite que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad puedan acceder a los

servicios educativos las causas principales para que ellos no puedan asistir se relacionan con las barreras físicas como gradas, puertas pequeñas, baños inaccesibles, adicional a esto que la actitud de los compañeros y docentes no es la más adecuada en los procesos de inclusión de la población, esto genera temor en la familia y en la misma población ya que la comunidad educativa no está preparada para poder interactuar con las Personas Con Discapacidad; lo que resulta en la baja permanencia en el sistema educativo y esto trae como consecuencia evitable que la población en edad escolar como los niñas, niños y adolescentes se conviertan en el grupo más desprotegido y vulnerable y el que en relación al acceso a oportunidades laborales a futuro va a tener un probabilidad significativamente negativa de generación de ingresos para sí mismo y para su núcleo familiar (62).

Ahora bien, es importante mencionar que en algunos establecimientos educativos del municipio de Pasto la educación es gratuita hasta la secundaria, con relación al programa de inclusión educativa y por directriz de la Secretaria de Educación se matriculan niños con discapacidad, pero las preguntas son: ¿Los docentes están realmente capacitados para trabajar de manera adecuada y con calidad con estos niños? ¿Qué tan efectiva es la educación que se está entregando? ¿Como se está trabajando con los compañeros o población sin discapacidad para generar aceptación?

En torno a esta condición, es ampliamente reconocido que la educación es uno de los mecanismos más efectivos al momento de reducir las desigualdades, en la disminución de la pobreza, promoción de la movilidad social, aumento de los salarios y reducción la violencia, entre otros factores que llevan a un mejor desarrollo (56). De acuerdo con la revisión de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), la educación, desde el nivel preescolar en adelante, constituye un elemento fundamental que determina las oportunidades de gozar de buena salud en el transcurso de la vida. El nivel educativo deriva en mejores resultados sanitarios, en parte debido a los efectos que tiene sobre el ingreso, el empleo y las condiciones de vida de los adultos (10).

Es importante resaltar que una sociedad educada genera mejores resultados sanitarios, determina oportunidades de los niños de gozar de salud, en la edad adulta generación de ingresos, empleo y condiciones de vida adecuadas que brindan bienestar lo que permite efectos intergeneracionales de un alto nivel en las poblaciones, es por tanto que se puede afirmar que el acceso a educación contribuye a la reducción de las inequidades si se generan acciones inmediatas para que desde los primeros años de vida este derecho sea protegido, contando con todos los elementos que garanticen una educación de calidad y que estas acciones puedan mantenerse para todas las generaciones, mostrándose como uno de los pilares más importantes en el desarrollo de un país, ya que no solo se debe traducir educación a la producción del conocimiento en la academia, sino al

crecimiento en términos de cultura, deporte, salud, desarrollo político, social, productivo y democrático entre otros.

Teniendo en cuenta que el 64% de la población con discapacidad corresponde a hombres en quienes predominan la alteración en miembros inferiores y lesiones medulares, que requieren algún tipo de ayuda técnica como silla de ruedas, así mismo otra condición de salud que predomina como es el retardo mental, en el presente estudio se relaciona la disposición que según el Sexto informe ONS, Informe Nacional sobre Desigualdades Sociales en Salud en Colombia (54):

En la superación de las desigualdades sociales, la educación es un factor definitorio para hacer frente a diferencias socioeconómicas, geográficas, raciales y de género, entre otras, permitiendo que se impulsen condiciones favorables para que la población obtenga movilidad social, que se constituye como una cualidad clave para consolidar una sociedad más equitativa.

La población con discapacidad centra sus argumentos en la falta de profesionales y falta de calidad en los servicios largas esperas para acceder a procedimientos ha generado la reducción evidente en la calidad de salud. Cuando la formación escolar es escasa o inexistente en la niñez, trae consigo repercusiones posteriores, en la adolescencia y adultez, evidente en la poca o nula accesibilidad al sector productivo con consecuencias en la calidad de vida. La escasa preparación para la integración socio ocupacional y el no contemplar estrategias para adaptaciones que permitan a la persona con discapacidad, ser integrada al ámbito laboral, inciden en el ejercicio y goce del derecho al trabajo (51).

Se debe resaltar entonces que el trabajo es un elemento importante, esencial y de alto impacto en la definición de la identidad no solo de un persona sino de una población puesto que permite la integración social y es a partir de estas interacciones que las personas en cualquier condición que se perciben las aspiraciones personales y generan aportes productivos y de crecimiento de una sociedad puesto que la participación en una actividad laboral permite a la persona posicionamiento, cultura, acceso a servicios de calidad que le permitan satisfacer necesidades propias, equidad sanitaria, desarrollo personal y autoestima; así entonces los altos índices de desempleo, las bajas tasas de participación en el mercado laboral constituyen una de las razones importantes por las cuales la discapacidad puede conducir a la pobreza (57). Un principio para que las PcD y sus familias puedan superar la exclusión, debe tener acceso al trabajo o a medios de vida, a fin de romper algunos nexos entre discapacidad y pobreza como tendencia favorecedora de inequidad. En este sentido, es importante considerar que aparte del ingreso que representa, el empleo reporta beneficios personales y sociales, y añade un sentido de dignidad humana y cohesión social (58). Todas las personas deberían poder elegir libremente la dirección que quieren dar a su vida personal y así desarrollar plenamente sus talentos y capacidades (56).

5. CONCLUSIONES

Los gradientes de desigualdad tienen su base en el contexto socio político que, a pesar de ofrecer un extenso compendio legislativo, cuenta con los mecanismos sociales, económicos, políticos y culturales para que la normatividad existente sea efectiva y cumpla con los objetivos de igualdad, equiparación de oportunidades y enfoque de derecho y protección que promulga. Los estudios en torno a las desigualdades se consolidan actualmente como un eje central del actual Plan de Desarrollo 2014-2018, en este sentido se convierte en una necesidad importante para profundizar en el estudio y análisis a las condiciones que influyen sobre la salud de las poblaciones.

Teniendo en cuenta que la normatividad busca garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, es importante que cada uno de los individuos que conforma el sistema tenga conocimiento y entendimiento completo de cuáles son sus derechos y como al estar bajo un estado social de derechos deben ser garantizados. Es entonces preocupante, que la población con discapacidad desconoce cuáles son las normas que los amparan y protegen; lo que conlleva al incumplimiento por parte del gobierno y a su vez genera un estado de vulnerabilidad, ya que si bien logran participar en actividades dentro de una sociedad que genera igualdad, se los excluye de otras, es el caso de que la población logra ingresar a diferentes ofertas educativas formales y no formales y se benefician de planes proyectos y programas que se orientan a la participación activa de la población; pero en la parte laboral el acceso es muy limitado para esta población, teniendo en cuenta que la oferta es mínima, porque tanto la población como los empresarios desconocen las ventajas que trae la contratación de población con discapacidad, a esto se le suma que la sociedad todavía no está preparada y no ha cambiado paradigmas sobre las capacidades y habilidades que posee este grupo poblacional.

El estado de salud y el desarrollo de una población vienen determinados en gran parte por el contexto social, económico y político. El poder político y el tipo de políticas macroeconómicas y sociales, así como la extensión y la naturaleza del estado del bienestar, contribuyen a la salud y las desigualdades en salud incidiendo en el bienestar de la ciudadanía. En caso de requerir de asistencia técnica de la cooperación internacional acerca de experiencias exitosas y buenas prácticas estas deben orientar su trabajo sobre un enfoque diferencial y poblacional, con el fin de reforzar las políticas, sistemas y servicios ya existentes, mas no de implementar sin análisis de la realidad existente servicios o programas que si bien han funcionado en otras naciones no corresponden a la necesidad específica de nuestra población.

La condición de salud analizada en cuanto a atención en salud, percepción de los servicios y afiliación al régimen, si bien presenta su mayor gradiente de

desigualdad a nivel de percepción, en general las dos poblaciones, se encuentran expuestas a las mismas falencias del sistema de salud del país, en este sentido los resultados de la investigación, la PcD hace mayor uso de los servicios de salud esto con el fin de no exacerbar su condición de salud que genera su nivel de discapacidad. Con relación a esta información es importante destacar que los servicios a los que se accede son servicios especializados tales como: rehabilitación, ayudas técnicas, tratamientos, cirugías, medicamentos y pruebas especializadas, que generan un mayor costo al sistema de salud por lo cual la mayoría de las veces debe ser accedido a través de mecanismos legales.

Tal condición de salud y la implicación sobre la base financiera del sistema tiene su mayor causa en la baja capacidad de atención primaria en salud, al igual que la baja participación en los programas de Salud Pública, que permitirían minimizar los efectos discapacitantes de la población y esto se reflejaría en mejoras en su nivel de salud, menor demanda de servicios de alto costo, generando un ahorro significativo al sistema.

El análisis de los Determinantes Sociales en Salud en la población con discapacidad permite concluir que las personas con discapacidad sufren desigualdades, en mayor proporción en educación y en el ámbito laboral con diferencias significativas en comparación con el grupo de personas sin discapacidad. Además de reconocer que las mayores brechas y prioridades existentes para reducir las desigualdades sociales en salud son las condiciones educativas y laborales puede brindar información valiosa para la planificación y mejoras en el acceso y la inclusión.

6. RECOMENDACIONES

Si bien existen políticas gubernamentales creadas para proteger a esta población es conveniente evaluar su nivel de impacto y aplicabilidad, a través de mecanismos de supervisión y regulación a fin de asegurar la inclusión de las personas con discapacidad

Se recomienda fortalecer la articulación intrasectorial e intersectorial que permita principalmente el empoderamiento de los derechos que el gobierno contempla para el bienestar, la protección, la equiparación de oportunidades, igualdad, equidad de la población con discapacidad.

Es importante revisar la viabilidad de la información recolectada a través del RLCPcD, ya que esta se consolida como un instrumento relevante para las investigaciones que puedan hacerse en favor de la discapacidad, teniendo en cuenta que la información se encuentra desactualizada problemática que afecta la formulación e implementación de políticas, programas, servicios e investigaciones que permitan planificar mejoras en el acceso y la inclusión.

Es recomendable que las personas con discapacidad se beneficien en mayor medida de los programas de salud pública y de programas de atención primaria de forma temprana.

Fortalecer los procesos a nivel investigativo en temáticas referentes a los Determinantes Sociales en Salud, que permitan conocer las causas y las brechas existentes no solo en la población con discapacidad sino en los diferentes grupos poblacionales especialmente en los más vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial para la Discapacidad. Bogotá: Banco Mundial; 2011.
2. Sen A. El desarrollo como libertad. *Rev. Gaceta Ecológica*. 2000, 1(2)14-20
3. World Health Organization. Commission on the Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: discussion paper for the commission on SDH. EEUU: Draft; 2006.
4. González-Pérez G. Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un Análisis Socio-espacial. *Rev. salud pública* [online]. 2008, vol.10, suppl.1, pp. 15-28. ISSN 0124-0064.
5. Paganini JM. La Salud y la Equidad. Fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción, Publicación Científica N° 1, INUS. Argentina: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata; 2001.
6. Celis H.E., Gutiérrez P.E. Políticas públicas en discapacidad en Colombia. Breve reflexión teórica, algunas cifras, conclusiones y retos inmediatos. *Revista CIFE*, 2011: 13 (19), 151-166.
7. Cruz-Velandia I, Hernández J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. *Rev. Cienc. Salud* [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2015 Nov 20]; 6(3): 23-35. Available from: <https://goo.gl/zPDLc9>
8. Baladilla P, Guzmán J, Korc M. Organización Panamericana de la Salud: Equidad en Salud para Minorías Étnicas en Colombia: Experiencias de Acción Intersectorial en Colombia con Enfoque Diferencial para Minorías Étnicas. Bogotá: s.n; 2007.
9. Sampiere R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta edición. Perú: McGraw-Hill; 2010. ISBN: 978-607-15-0291-9.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial para la Discapacidad. Bogotá: Banco Mundial; 2011.
11. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Bogotá: CERMI; 2008.

12. Somavia J. Datos sobre Discapacidad en el mundo del trabajo, Organización Internacional del Trabajo. Bogotá: s.n; 2007.
13. Schalock R. Hacia una nueva concepción de la discapacidad. *Rev Siglo Cero* 30.1. 1999: (1) 5-20.
14. Verdugo M. Programa de habilidades sociales. Salamanca: Amarú; 1997.
15. OMS. Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and middle-Income Countries. Geneva: s.n; 1998.
16. Celis H, Gutiérrez P. Políticas públicas en discapacidad en Colombia. Breve reflexión teórica, algunas cifras, conclusiones y retos inmediatos. Bogotá: s.n; 2011.
17. Hernández J, Hernández I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*. [en línea] 2005; 7(2): 130-144. [acceso 5 Nov 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42270202>
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín censo general 2005, discapacidad. Bogotá: DANE; 2006.
19. Política pública de discapacidad e inclusión social del departamento de Nariño. 2013-2023, septiembre de 2014.
20. Vélez C, et al. Social Determinants of Health and Informal Work. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 2013, 22.2 (1): 156-162.
21. Moiso A. Determinantes de la salud. *Fundamentos de la salud pública*. 2007, 161-189.
22. González R. La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Bogotá: Organización Mundial de la Salud; 2009.
23. Páez R. Justa distribución de beneficios en las declaraciones internacionales de ética en investigación. *salud pública de México*, 2012, 54.6 (1): 637-643.
24. Cabezas C. Enfermedades infecciosas desatendidas: un permanente reto para la salud pública y la equidad en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 31.2 2014, (1): 326-335.

25. Borrell C, Davide M. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010." *Gaceta Sanitari*, 2004, 24 (1): 101-108.
26. Borrella C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Rev. Gaceta Sanitaria*. [en línea] 2008; 22(5): 465-473. [acceso 20 Nov 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500012&script=sci_arttext
27. Arellano O, Escudero J, Moreno L. D. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Rev. Medicina Social*. [en línea] 2008; 3(4): 323-335. [acceso 21 Nov 2015] Disponible en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538>
28. Eslava J, Buitrago G. La medición de desigualdades e inequidades en salud. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2010, vol. 39 (1) 4
29. Banco Mundial. Red de Desarrollo Humano. Bogotá: Boletín noticias; 2005.
30. González H, Werenshon R. Propuesta de un modelo de gestión para mejorar la dirección municipal de La provincia de Otuzco. *Industrial Data* 15.1, 2012, 035-044.
31. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Bogotá: CERMI; 2008.
32. Abramovich V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Bogotá: s.n; 2006.
33. República de Colombia. Constitución Política. [Internet] 1991. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
34. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1346. [Internet] 2009. Disponible en: <http://www.inci.gov.co/normatividad/leyes/181-ley-1346-de-31-07-2009>
35. Colombia Congreso de la Republica, Ley 1618. [Internet] 2013. Disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/index.php/legislacion/145-ley-estatutaria-1618-de-2013>
36. Colombia Congreso de la Republica. Ley 115 [Internet] 1994. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

37. Colombia Presidencia de la Republica. Decreto 2082 [Internet] 1996. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-103323_archivo_pdf.pdf
38. Colombia Congreso de la Republica. Ley 361 [Internet] 1997 Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html
39. Colombia Congreso de la Republica. Ley 100 [Internet] 1993. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
40. Colombia Congreso de la República. Ley estatutaria 1751 [Internet] 2015. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
41. Colombia Ministerio de Salud. Resolución 8430 [Internet] 1993. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
42. Casal J, Mateu E. Tipod E Muestreo, Ver. Epidem. Med. Prev. I, pp. 3-7. [Internet] 2000. Disponible en: <http://minnie.uab.es/~veteri/21216/TiposMuestreol.pdf>
43. Valencia V. Revisión documental en el proceso de investigación. [Internet] Universidad Tecnológica de Pereira. Disponible en: <https://univirtual.utp.edu.co/pandora/recursos/1000/1771/1771.pdf>
44. Palarea M, et al. Marco jurídico y social de las personas mayores y de las personas con discapacidad. Bogotá: Editorial Reus; 2008.
45. Ministerio de Salud. Conpes Social 166. [Internet] 2013. Disponible en: <http://enmodoin.com/wp-content/uploads/2015/11/conpes-166-minsalud-resumen-y-recomendaciones-ppnd-is.pdf>
46. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Ley 1145 [Internet] 2007. <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-146166.html>
47. Informe del Gobierno Nacional. Plan Nacional de Discapacidad. 2002-2006. Abril de 2006.
48. Morena A. Políticas y Concepciones en Discapacidad: un Binomio por Explorar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007. ISBN: 978-958-701-776-2
49. Fundación Saldarriaga Concha. Estudio nacional sobre la oferta y demanda de los servicios de rehabilitación en Colombia. Bogotá: s.n; 2003.

50. Departamento Nacional de Planeación. [Internet] Disponible en: [http://dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx? dp=609](http://dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?dp=609).
51. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: s.n; 2008.
52. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las América. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2011.
53. 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.
54. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.: s.n.; 2015.
55. Ministerio de Protección Social. Personas con discapacidad. [Internet] 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>
56. Schalock R. Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Bogotá: Siglo Cero; 1999.
57. Procuraduría General de la Nación. Trabajo digno y decente en Colombia: seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. 2012.
58. Somavia J. Datos sobre Discapacidad en el mundo del trabajo, Organización Internacional del Trabajo. Bogotá: s.n; 2007.
59. Agost M. Libertad M. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 38, 2012, (2): 126-140.
60. Cerezo M, et al. Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2012, 11 (23).
61. Moral P. Gascón M, Abad M. L. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de sociología*, 72(Extra_1),2014, (2) 45-70.

62. Piedrahita E. Avances y retos de la Política Social en Colombia. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2010.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD UNIVERSIDAD DE NARIÑO CESUN
ANALISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN
TERMINOS DE INEQUIDAD Y DESIGUALDAD EN LA POBLACION CON
DISCAPACIDAD PASTO – 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO O AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE MI
HISTORIA CLÍNICA. O PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La aceptación y firma del presente consentimiento le permite participar en la investigación que desde la maestría en Salud pública pretende analizar los determinantes sociales en salud en término de desigualdad en la población con discapacidad física y cognitiva de nuestro municipio.

Yo, _____ mayor de edad identificado
(a) con c.c _____ de _____, actuando en nombre propio
o como representante legal de _____ identificado
(a) con ____ No. _____

DECLARO:

Que he recibido toda la información clara y concreta por parte **DAYRA VELASCO BENAVIDES – VANESA BENAVIDES MORENO** estudiantes de la maestría en Salud Pública de la Universidad de Nariño e investigadoras del presente trabajo estamos informando el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación que sobre **ANALISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN TERMINOS DE INEQUIDAD Y DESIGUALDAD EN LA POBLACION CON DISCAPACIDAD PASTO – 2016** realizará a su cargo y con un grupo, para revisar las historias clínicas o para participar en el trabajo de investigación /detallarlo.

Me ha advertido que, en la revisión de mi historia clínica, o en la investigación que en participo, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo momento del estudio, toda las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me ha explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido que se hace referencia a poder analizar los determinantes sociales en salud en término de desigualdad en la población con discapacidad y de las posibles implicaciones que podría tener. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y recibido las respuestas y explicaciones en forma

satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a rechazar esta autorización o revocarla cuando así yo lo requiera. He sido interrogado (a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto,

AUTORIZO

Para que **DAYRA VELASCO BENAVIDES Y VANESA BENAVIDES MORENO** realicen la investigación correspondiente a los determinantes sociales en salud en término de desigualdad en la población con discapacidad física y cognitiva cuya población de estudio es la Corporación Cordinar por el tiempo necesario hasta que termine con éxito la presente investigación, a partir de 14 de junio de 2016 Se firma el presente documento a los 14 días del mes de Junio del Año 2016

FIRMA Y C.C. DEL AUTORIZADO

FIRMA Y C.C. DEL INVESTIGADOR

Anexo B. Normatividad

Constitución Política De Colombia Artículos Más Relevantes

Norma	Fec ha	Emitida	Fundamento	Población
Constitución Política de Colombia. Art 13	1991	El pueblo de Colombia	El Estado protegerá y promoverá condiciones de igualdad en favor de grupos discriminados o marginados especialmente personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Constitución Política de Colombia. Art 47	1991	El pueblo de Colombia	“El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Constitución Política de Colombia. Art 54	1991	El pueblo de Colombia	“Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.”	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Constitución Política de Colombia. Art 68	1991	El pueblo de Colombia	“La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.”	Personas con cualquier tipo de discapacidad

Marco legal nacional normas sobre promoción del tema de discapacidad e inclusión social

Norma	Fecha	Emitida	Fundamento	Población
Ley 163 (Art. 16)	Agosto 31 de 1994	El Congreso de Colombia	Posibilidad de ejercer el derecho al sufragio "acompañados" hasta el interior del cubículo de votación.	Personas con discapacidad física y visual
Ley 762	Para Colombia abril 12 de 2003.	El Congreso de Colombia	Por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las PcD", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999).	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 909	Septiembre 23 de 2004	El Congreso de Colombia	El estado promoverá la adopción de medidas tendientes a garantizar, en igualdad de oportunidades, las condiciones de acceso al servicio público, en empleos de carrera administrativa	Personas con discapacidad física, auditiva y visual
Ley 982	Agosto 2 de 2005	El Congreso de Colombia	Se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones.	Personas con discapacidad auditiva y visual
Ley 1098 (artículos 36, 43, 44, 46 y 142)	Noviembre 8 de 2006	El Congreso de Colombia	Código de Infancia y Adolescencia se ocupa, de la protección de los menores con discapacidad.	Menores con cualquier tipo de discapacidad
Ley 1145	Julio 10 de 2007	El Congreso de Colombia	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 1257 (Art. 20, 30,31)	Diciembre 4 de 2008	El Congreso de Colombia	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley	Mujeres con discapacidad física, sensorial y/o psíquica

			294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.	
Ley 1306	Junio 5 de 2009	El Congreso de Colombia	Por la cual se dictan normas para la protección de PcD mental, sus derechos fundamentales y se establece el régimen de la representación de las PcD mental absoluta,	Persona con discapacidad mental
Ley 1346	Julio 31 de 2009	El Congreso de Colombia	Por medio de la cual se aprueba la Convención de las PcD, adoptada por la Organización de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 1275	Enero 5 de 2009	El Congreso de Colombia	Se establecen lineamientos de Política Pública Nacional para las personas que presentan enanismo y se dictan otras disposiciones. declarar como personas en condición de discapacidad a las personas que presentan enanismo, promover la inclusión social, el bienestar y desarrollo integral, garantizar el ejercicio pleno y efectivo de sus Derechos Humanos y crear las bases e instrumentos que les permitan participar de manera equitativa en la vida económica, cultural, laboral, deportiva, política, social, educativa del país.	Personas de talla baja
Resolución 0624	Febrero 19 de 2010	El ministro de la	Convocatoria para la elección de los	Personas con cualquier tipo de

			protección social	representantes del Consejo Nacional de Discapacidad	discapacidad
Decreto 19 (art. 13)	Enero de 2012	10	El presidente de la República de Colombia	Obligación de las entidades del Estado de generar mecanismos de atención preferencial a PcD	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Resolución 3317	Octubre de 2012	16	El ministro de salud y protección social	Por la cual se reglamenta la conformación y funcionamiento de los comités territoriales de discapacidad, desarrollar sus funciones y efectuar la elección de sus representantes. dispuestos en la Ley 1145 de 2007.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley Estatutaria 1618	Febrero de 2013	27	El Congreso de Colombia	Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los Derechos de las PcD	Personas con cualquier tipo de discapacidad

Normatividad sobre educación

Norma	Fecha	Emitida	Fundamento	Población
Ley 115 (Art. 46)	Febrero 8 de 1994	El Congreso de Colombia	Integración con el servicio educativo, la educación para personas en situación de discapacidad física, sensorial y psíquica o con capacidades intelectuales excepcionales, es parte integrante del servicio público educativo.	personas con discapacidad física, sensorial y psíquica
Ley 119 (Art. 4)	Febrero 9 de 1994	El Congreso de Colombia	Se reestructura el SENA y plantea como objetivo "organizar programas de readaptación profesional para personas discapacitadas"	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Decreto 2082	Noviembre 18 de 1996	El presidente de la República de Colombia	Por el cual se reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales.	Personas con discapacidad físico, sensorial, síquico, cognoscitivo o emocional y para las personas con capacidades o talentos excepcionales

Decreto 2369	Septiembre 22 de 1997	El presidente de la República de Colombia	Determina atención a personas con limitación auditiva. Reglamenta la Ley 324 de 1996	Personas discapacidad auditiva
Decreto 672 (modifica el artículo 13 de decreto 2369 de 1997)	Abril 3 de 1998	El presidente de la República de Colombia	Determina la presencia de modelos lingüísticos para niños sordos menores de 6 años, facilitando la adquisición temprana de la lengua de señas como su lengua natural	Niños sordos menores de seis (6) años
Resolución 2565	Octubre 24 de 2003	La ministra de educación nacional	Por la cual se establecen parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales.	Personas discapacidad físico, sensorial, síquico, cognoscitivo o emocional
Decreto 1006	Abril 1 de 2004	El presidente de la República de Colombia	“Por el cual se modifica la estructura del Instituto Nacional para Ciegos, INCI, y se dictan otras disposiciones.”	Población con discapacidad visual
Plan Decenal Nacional	2006	Ministerio de Educación Nacional	Plan Decenal de Educación 2006-2016 dirigido a definir políticas y estrategias para lograr una educación de calidad hacia futuro incluida la población con discapacidad	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Decreto 366	Febrero 9 de 2009	El presidente de la República de Colombia	Por medio del cual se reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o con talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva.	Personas con cualquier tipo de discapacidad

Normas Sobre Salud	Fecha	Emitida	Fundamento	Población
Ley 100	Diciembre 23 de 1993	El Congreso de Colombia	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones y brinda beneficios especiales a las PcD.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 383 (Art. 62 Numeral 6º)	Julio 10 de 1997	El Congreso de la República de Colombia	Normas de lucha contra la evasión del contrabando determinando un porcentaje de recursos para desarrollar programas para el mejoramiento de las instituciones de salud mental y la atención a población con discapacidad.	Personas mental y niños con discapacidad
Ley 643 (Art. 42 Parágrafo 1 literal d)	Enero 16 de 2001	El Congreso de la República de Colombia	Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.	Personas con discapacidad visual y salud mental
Ley 1414	Noviembre 11 de 2010	El Congreso de Colombia	Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral.	Personas con epilepsia
Ley 1438 (Art. 66)	Enero 19 de 2011	El Congreso de Colombia	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, atención integral en salud a discapacitados.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 1616	Enero 21 de 2013	El Congreso de Colombia	Por la cual se dicta la ley de salud mental y promoción de la salud y la prevención del trastorno mental en toda la población colombiana	Toda la población colombiana
Decretos 2226	Diciembre 5 de 1996	El presidente de la	Se asigna al Ministerio de Salud la función relacionada con la	Personas con cualquier tipo de

		Republica de Colombia	dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas incluyendo a los minusválidos y discapacitados.	discapacidad, tercera edad, Indigentes
Decreto 806	Abril 30 de 1998	El presidente de la Republica de Colombia	Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.	Toda la población colombiana
Decreto 3039	Agosto 10 de 2007	El presidente de la Republica de Colombia	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.	Toda la población colombiana
Resolución n 1155	Marzo 29 de 2010	El ministro de la protección social	Asigna recursos a los entes territoriales para la atención a los eventos no POS de la población en situación de desplazamiento.	Personas en situación de desplazamiento y no afiliadas al régimen de salud.

Normas Sobre Pensiones Y Subsidios

Norma	Fecha	Emitida	Fundamento	Población
Ley 82	Diciembre 23 de 1988	El Congreso de Colombia	Por medio de la cual se aprueba el Convenio 159 sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su 69a. reunión, Ginebra, 1983	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 100	Diciembre 23 de 1993	El Congreso de República de Colombia	Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de	Personas con cualquier tipo de discapacidad

				vida acorde con la dignidad humana, y brinda beneficios especiales a las PcD.	
Decreto 2463	Noviembre 20 de 2001	El presidente de la república de Colombia		Por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez	Toda la población colombiana
Ley 789 (art. 3)	Diciembre 27 de 2002	El Congreso de Colombia		Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo	Los padres, los hermanos huérfanos de padres y los hijos, que sean inválidos o de capacidad física disminuida que les impida trabajar
Ley 797 (Artículo 9º Parágrafo 4º)	Enero 29 de 2003	El Congreso de Colombia		Pensiones especiales para madres de PcD que hayan cotizado el monto de semanas mínimo necesario no importa su edad, y a la persona con discapacidad calificada puede pensionarse con 55 años de edad.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Decreto 3771	Octubre 1 de 2007	El presidente de la Republica de Colombia		Por el cual se reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad Pensional y servicios sociales básicos para la atención a personas con discapacidad	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Decreto 917	Mayo 28 de 1999	El presidente de la Republica de Colombia		Mediante el cual se adopta el Manual Único para la Calificación de la Invalidez-MUCI, y se determina que el contenido en ese decreto se aplica a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector	Personas con cualquier tipo de discapacidad

privado en general, para determinar la pérdida de la capacidad laboral de cualquier origen.

Actualmente en las oficinas jurídicas del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo se encuentra surtiendo trámite de revisión y aprobación el Decreto por medio del cual se adoptará el nuevo MUCI 4.

Norma Sobre Trabajo

NORMA	FECHA	EMITIDA	FUNDAMENTO	POBLACION
Organización Internacional del Trabajo	Junio 1 de 1983	Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo	Convenio 159 sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Organización Internacional del Trabajo	Junio 1 de 1983	Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo	Recomendación 168 sobre la readaptación profesional y empleo de personas inválidas.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 82	Noviembre 3 de 1988	El Congreso de Colombia	Aprueba el convenio de la OIT respecto a la garantía de derechos laborales de la PcD en Colombia	Personas con cualquier tipo de discapacidad (madres cabeza de hogar)
Decreto 2177	Septiembre 21 de 1989	El presidente de la República	Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio Número 159, suscrito con la Organización Internacional Del Trabajo, sobre Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Invalidas.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 1221 (art. 3°, paragrafo 1)	Julio 16 de 2008	El congreso de Colombia	Por la cual se establecen normas para promover y	Personas con cualquier tipo de

				regular el Teletrabajo y se dictan otras disposiciones, incorporación al teletrabajo de la población vulnerable	discapacidad
Ley 1607 (Art. 49, numeral 4.)	Diciembre 26 de 2013	Congreso de la república	de	Por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones.	Personas con discapacidad física o mental.

Norma Sobre Recreación Y Deporte

Norma	Fecha	Emitida	Fundamento	Población
Ley 181 (Art. 3º Numeral 4º)	Enero 18 de 1995	El Congreso de Colombia	Por el cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte.	Personas con discapacidad física, síquica, sensorial.
Ley 582	Junio 8 de 2000	El alcalde mayor de Bogotá.	Por medio de la cual se define el deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, se reforma la Ley 181 de 1995 y el Decreto 1228 de 1995, y se dictan otras disposiciones.	Personas con discapacidad física, síquica, sensorial.
Decreto 0641	Abril 16 de 2001	El Congreso de Colombia	Se reglamenta la Ley 582 de 2000 sobre deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales.	Personas con discapacidad física, síquica, sensorial.
Resolución n 0741	2005	Congreso de Colombia	Por el cual se reglamenta el programa "Apoyo al Deportista Paralímpico Colombiano"	Personas con discapacidad física, síquica, sensorial.
Decreto 1007 (Art. 7º)	Mayo 21 de 2012	El presidente de la república de Colombia,	Por el cual se expide el Estatuto del Aficionado al Fútbol en Colombia. Instalaciones adecuadas incluyendo las que se	Personas con cualquier tipo de discapacidad

			encuentren en situación de discapacidad,	
Ley 1607 (Art. 72)	Diciembre 26 de 2012	Congreso de la república	Por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones.	Personas con cualquier tipo de discapacidad

Norma sobre cultura

NORMA	FECHA	EMITIDA	FUNDAMENTO	POBLACION
Ley 397 (Artículo 1º, 50, 60)	1997	El Congreso de Colombia	Por la cual se dictan normas sobre el patrimonio cultural, fomentos y estímulos de la cultura, se crea el Ministerio de la Cultura	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Decreto 627 (art. 8)	Diciembre 28 de 2007	El alcalde mayor de Bogotá.	Por el cual se reforma el Sistema Distrital de Cultura y se establece el Sistema Distrital de Arte, Cultura y Patrimonio. Garantiza una equitativa interacción y una voluntad de convivir mediante políticas que favorezcan la inclusión, la participación, la equidad de género y étnica	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 1237	Julio 23 de 2008	El Congreso de Colombia	Por medio de la cual se promueven, fomentan y difunden las habilidades, talentos y las manifestaciones artísticas y culturales de la población con algún tipo de Limitación Física, Síquica o Sensorial.	Personas con discapacidad física, síquica, sensorial
Ley 1316	Julio 13 de 2009	Congreso de Colombia	Por medio de la cual se reforma parcialmente la ley 361 de 1997, se reconoce un espacio en los espectáculos para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.	Personas con discapacidad física, síquica, sensorial

Norma sobre comunicaciones

Normas	Fecha	Emitida	Fundamento	Población
Ley 324	Octubre 11 de 1996	El Congreso de Colombia	Por el cual se crean algunas normas a favor de la población sorda.	Población sorda.
Ley 335	Diciembre	El Congreso	Por la cual se modifica	Población

(art. 12)	20 de 1996	de Colombia	parcialmente la Ley 14 de 1991 y la Ley 182 de 1995, se crea la televisión privada en Colombia y se dictan otras disposiciones, sistema de subtítulos o lenguaje manual	sorda.
Ley 488 (art. 43)	Diciembre 24 de 1998	El Congreso de Colombia	Por la cual se expiden normas en materia Tributaria y se dictan otras disposiciones fiscales de las Entidades Territoriales, excluidas del impuesto sobre las ventas todo tipo de bienes usados por la población	Población sorda.
Acuerdo 001	Febrero 24 de 2012	Consejo Nacional de discapacidad	Por medio del cual se reglamentan los sistemas que garantizan el acceso de las personas sordas e hipoacúsicas al servicio público de televisión y se dictan otras disposiciones	Población sorda.

Normas sobre accesibilidad física y transporte

Norma	Fecha	Emitida	Fundamento	Población
Ley 12	Enero 27 de 1987	El Congreso de Colombia	Por la cual se suprimen algunas barreras arquitectónicas y se dictan otras disposiciones	Personas con discapacidad física
Decreto 1538	Mayo 17 de 2005	El presidente de la república de Colombia	Establece condiciones básicas de accesibilidad al espacio público y a la vivienda. El diseño, construcción, ampliación, modificación y en general, cualquier intervención y/u ocupación de vías públicas, mobiliario urbano y demás espacios de uso público	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 1083 (Art. 3º)	Julio 31 de 2006	El Congreso de Colombia	Por medio de la cual se establecen algunas normas sobre planeación urbana sostenible y se dictan otras disposiciones. Garantizar la accesibilidad de todas las personas a las	Niños, niñas y personas cualquier tipo de discapacidad

			redes de movilidad y transitar por las mismas en condiciones adecuadas	
Decreto 1660	Junio 16 de 2003	El presidente de la república de Colombia	Por el cual se reglamenta la accesibilidad a los modos de transporte de la población en general y en especial de las personas con discapacidad	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Ley 1287	Marzo 3 de 2009	El Congreso de Colombia	Establece normas de accesibilidad como bahías de estacionamiento y medio físico señalando multas y sanciones por su incumplimiento.	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Resolución 4659	Noviembre 10 de 2008	El ministro de transporte.	por la cual se adoptan unas medidas en materia de accesibilidad a los sistemas de transporte público masivo municipal, distrital y metropolitano de pasajeros	Personas con cualquier tipo de discapacidad

Normas sobre vivienda

Norma	Fecha	Emitida	Fundamento	Población
Ley 546 (Art. 28 y 29 parágrafo 2)	Diciembre 23 de 1999	El Congreso de Colombia	Por la cual se dictan normas en materia de vivienda, se señalan los objetivos y criterios generales a los cuales deber sujetarse el Gobierno Nacional para regular un sistema especializado para su financiación, se crean instrumentos de ahorro destinado a dicha financiación, se dictan medidas relacionadas con los impuestos y otros costos vinculados a la construcción y negociación de vivienda y se expiden otras disposiciones	Personas con cualquier tipo de discapacidad
Decreto N° 975	Marzo 31 de 2004	El presidente de la república de Colombia	Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 49 de 1990, 3 de 1991, 388 de	Personas con cualquier tipo de discapacidad

1997, 546 de
1999, 789 de 2002
y 812 de 2003 en relación
con el Subsidio Familiar
de Vivienda de Interés
Social en dinero para
áreas urbanas

Anexo C. Instrumento de recolección de información



ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN TÉRMINO DE DESIGUALDAD EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD PASTO 2016

OBJETIVO: Establecer el nivel de desigualdad de los determinantes sociales en salud de la población con discapacidad.

Fecha de diligenciamiento
AAAA ____ MM ____ DIA ____

CAPÍTULO 1.- INFORMACION PERSONAL

1.1 Tipo de identificación

Número de identificación _____

1	RC Registro civil	4	CE Cédula de
2	TI Tarjeta de	5	Adulto sin identificación
3	CC Cédula de	6	Menor sin identificación

1.2.- Primer Apellido:

1.3.- Segundo Apellido:

1.4.- Primer Nombre:

1.5.- Segundo Nombre:

1.6.- Sexo

1. Hombre ____ 2. Mujer ____

1.7.- Fecha de Nacimiento AAAA ____ MM ____ DD ____

1.8.- Actualmente vive

1. Solo ____

2. Acompañado ____

1.8.- ¿Cuántas personas conforman este hogar? _____

2.- ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Solo para personas de 10 años y más)

1. Si ____

2. No ____

2.1.- Número de personas a cargo menores de 12 años _____

CAPÍTULO 2.- INFORMACION SOBRE LA VIVIENDA

2.1.- ¿Cuál es el estrato de la vivienda?

1	Estrato 1	4	Estrato 4
2	Estrato 2	5	Estrato 5
3	Estrato 3	6	Sin Estrato

2.2.- La vivienda cuenta con servicios públicos

1. Energía eléctrica _____
2. Acueducto _____
3. Recolección de basuras _____
4. Gas natural conectado a red pública _____
5. Alcantarillado _____
6. Teléfono _____
7. Ninguno _____

2.3.- Para la preparación de alimentos, ¿utiliza agua potable?

1. Si _____
2. No _____

2.4.- Actualmente vive en

1. Casa _____
2. Apartamento _____
3. Cuarto _____
4. Institución pública _____
5. Institución privada _____
6. Calle _____

2.5.- ¿En qué condición posee la vivienda?

1. Arriendo o Subarriendo _____
2. Vivienda propia y la está pagando _____
3. Vivienda propia totalmente pagada _____
4. Vivienda de un familiar sin pagar arriendo _____
5. Vivienda de un tercero sin pagar arriendo _____
6. Otra condición _____

CAPITULO 3.- CARACTERIZACION Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

2.6.- ¿Hace cuántos años presenta esta condición de salud? _____

2.7.- ¿Y hace cuántos meses presenta esta condición de salud? _____

2.8.- Incluya su discapacidad en las siguientes categorías:

1. Movilidad
2. Mental Cognitivo
3. Mental Psicosocial Voz y Habla Piel, Uñas

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

1. Dormitorio
2. Sala - Comedor
3. Baño - Sanitario
4. Escaleras
5. Pasillos - patios
6. Andenes - aceras
7. Calles, vías
8. Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
9. Paraderos, terminales de transporte
10. Vehículos de transporte público
11. Centros educativos

2.3.- Para la preparación de alimentos, ¿utiliza agua potable?

1. Si ____
2. No ____

2.4.- Actualmente vive en

1. Casa ____
2. Apartamento ____
3. Cuarto ____
4. Institución pública ____
5. Institución privada ____
6. Calle ____

2.5.- ¿En qué condición posee la vivienda?

1. Arriendo o Subarriendo ____
2. Vivienda propia y la esta pagando ____
3. Vivienda propia totalmente pagada ____
4. Vivienda de un familiar sin pagar arriendo ____
5. Vivienda de un tercero sin pagar arriendo ____
6. Otra condición ____

CAPITULO 3.- CARACTERIZACION Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1.- ¿Hace cuántos años presenta esta condición de salud? ____

3.2.- ¿Y hace cuántos meses presenta esta condición de salud? ____

3.3.- Incluya su discapacidad en las siguientes categorías:

- A. Movilidad
- B. Mental Cognitivo
- C. Mental Psicosocial Voz y Habla Piel, Uñas

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

- A. Dormitorio
- B. Sala - Comedor
- C. Baño - Sanitario
- D. Escaleras
- E. Pasillos - patios
- F. Andenes - aceras
- G. Calles, vías
- H. Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
- I. Paraderos, terminales de transporte
- J. Vehículos de transporte público
- K. Centros educativos
- L. Lugares de trabajo
- M. Centros de salud, hospitales
- N. Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
- O. Otros lugares
- P. Ninguno

3.5.- ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?

1. Si ____
2. No ____

3.6.- ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?

1. Si ____
2. No ____

3.7.- ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?

1. Atención general en salud
2. Atención en salud por causa de su discapacidad
3. Ninguna

3.9.- ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?

1. Si ____
2. No ____

3.9.- Utiliza actualmente ?

4. ____ Ayudas técnicas
5. ____ Prótesis
6. ____ Medicamentos

3.10.- Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?

7. A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
8. Al apoyo de la familia
9. A su empeño por salir adelante
10. A la ayuda de Dios
11. A la acción de la medicina alternativa
12. Otro

3.11.- Que tipo de rehabilitación le ordenaron?

1. Medicina física y de rehabilitación
2. Psiquiatría
3. Fisioterapia
4. Fonoaudiología
5. Terapia ocupacional
6. Optometría
7. Psicología
8. Trabajo social
9. Medicamentos permanentes
10. Otro tipo de rehabilitación
11. Ninguno

3.12.- Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación

1. Si ____
2. No ____

3.13.- Quién paga la rehabilitación

1. El sistema general de salud
2. La familia
3. Personalmente
4. Una ONG
5. El empleador
6. Otro

3.14.- El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es

1. Público _____
2. Privado _____
3. No sabe _____

3.15.- Por qué no recibe servicio de rehabilitación

9. Ya terminó el servicio de rehabilitación
10. Cree que ya no lo necesita
11. No le gusta
12. Falta de dinero
13. El centro de atención queda muy lejos
14. No hay quién lo lleve
15. No ha sido autorizado por el asegurador
16. No sabe

3.16.- Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación _____

3.17.- Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?

1. Si _____
2. No _____

3.18.- Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria?

1. Algún miembro del hogar Persona
2. Persona externa no empleada
3. Persona externa empleada para ayudarlo
4. Otra

CAPITULO 4.- EDUCACION

4.- Sabe leer y escribir

1. Si _____
2. No _____

4.1.- Asiste actualmente a algún establecimiento educativo

1. Si _____
2. No _____

4.2.- El establecimiento donde estudia es?

1. Público
2. Privado

4.3.- Para atender a las personas con discapacidad la institución cuenta con servicios de apoyo

1. Pedagógicos
2. Tecnológicos

3. Terapéuticos
4. Comunicativos
5. Administrativos
6. Financieros
7. Ninguno

4.4.- Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales

1. Si _____
2. No _____

4.5.- Cuál es la causa principal por la cual no estudia

1. Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2. Costos educativos elevados o falta de dinero
3. Por falta de tiempo
4. No aprobó el examen de ingreso
5. Falta de cupos
6. No existe centro educativo cercano
7. Necesita trabajar
8. No le gusta o no le interesa el estudio
9. Perdió el año o fue expulsado
10. Su familia no quiere que estudie
11. Por su discapacidad
12. Otra razón

4.6.- Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó

1. Preescolar
2. Básica primaria
3. Básica secundaria
4. Técnico o Tecnológico
5. Universitario
6. Postgrado

4.7.- Repitió algún año escolar

1. Si _____
2. No _____

4.8.- La educación que ha recibido responde a sus necesidades

1. Si _____
2. No _____

4.9.- Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. Si _____
2. No _____

CAPITULO 5.- ACTIVIDADES SOCIALES

5.1.- Participa en actividades

1. Con la familia y amigos
2. Con la comunidad
3. Religiosas o espirituales
4. Productivas
5. Deportivas o de recreación
6. Culturales

7. Educación para el trabajo y desarrollo humano

8. Ciudadanas

9. Otras

10. Ninguna

5.2.- Actualmente participa en alguna organización?

1. Si _____

2. No _____

5.3.- Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización: (SU)

1. Falta de dinero

2. Falta de tiempo

3. No existe o no la conoce

4. Siente rechazo

5. Por su discapacidad

6. No cree en ellas

7. Sus principios o creencias se lo impiden

8. Prefiere resolver sus problemas sólo

9. Otra

5.4.- ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?

1. Si _____

2. No _____

CAPITULO 6.-

Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente

1. Trabajando Buscando trabajo

2. Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión

3. Incapacitado permanente para trabajar - con pensión

4. Estudiando

5. Realizando oficios del hogar

6. Recibiendo renta Pensionado - jubilado

7. Realizando actividades de autoconsumo

8. Otra actividad

6.2.- Usted tiene contrato de trabajo

1. A término fijo

2. A término indefinido

3. Sin contrato

6.3.- La actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con

1. Industria

2. Comercio

3. Agrícola

4. Pecuaria

5. Servicios

6. Otra actividad

6.4.- Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad

1. Si _____

2. No _____

6.5.- En el trabajo se desempeña como:

1. Empleado del gobierno
2. Empleado particular
3. Jomalero o peón
4. Patrón o empleador
5. Trabajador por cuenta propia
6. Empleado(a) doméstico(a)
7. Trabajador familiar sin remuneración

6.6.- Cuál es su ingreso mensual promedio?

1. Sin Ingreso
2. Menos de \$500.000,00
3. De \$ 500.001,00 a\$1'000.000,00
4. De \$1'000.001,00 a\$1'500.000,00
5. De \$1'500.001,00 a\$2'000.000,00
6. De \$2'000.001,00 a\$2'500.000,00
7. Más de \$2'500.001,00
8. No Informa

6.7.- Luego de presentar su discapacidad ha recibido capacitación para el trabajo.

1. Si _____

2. No _____

6.8.- Dónde recibió la capacitación?

1. SENA
2. Otra institución pública
3. Una institución privada

6.9.- Necesita capacitación para

1. Mejorar su actividad productiva
2. Cambiar de actividad productiva
3. No necesita capacitación

Anexo D. Entrevista semiestructurada

	<p>UNIVERSIDAD DE NARIÑO VICERRECTORIA DE POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA</p> <p>INVESTIGACIÓN: ANALISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN TERMINOS DE INEQUIDAD Y DESIGUALDAD EN LA POBLACION CON DISCAPACIDAD. PASTO – 2016</p>	
<p>ENTREVISTA A PROFUNDIDAD. GUIA DE PAUTAS.</p>		
<p>Buenos días/tardes. Mi nombre es..... y estamos realizando un estudio sobre los determinantes sociales en salud de las personas con discapacidad en la ciudad de San Juan de Pasto. Queremos agradecerlo el tiempo que nos ha brindado para realizar esta entrevista. También queremos mencionarle que los comentarios e información que nos proporcione serán muy valiosos para este proceso de investigación, además de eso, le informamos que todo lo mencionado en esta entrevista tiene carácter confidencial y privado.</p> <p>La idea es poder conocer distintas opiniones, acerca de las condiciones en las que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud las que las personas con discapacidad en la ciudad de Pasto, y el conocimiento de la normatividad vigente.</p> <p>En este sentido, siéntase libre de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es justamente su opinión sincera. Cabe aclarar que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante. Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. Tomar notas a mano demora mucho tiempo y se pueden perder cuestiones importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es sólo a los fines de análisis.</p>		
DATOS PERSONALES		
NOMBRE:	EDAD:	ESTADO CIVIL:
NIVEL EDUCATIVO:	OCUPACION:	INGRESOS:
VIVIENDA:	CON QUIEN VIVE:	
ASPECTOS	PREGUNTAS	
Vivienda Condiciones del barrio o residencia	<p>¿Cree usted que las condiciones del equipamiento (parques, iglesia, puesto de salud, centros culturales etc) de su barrio son accesibles y útiles para usted?</p> <p>¿Su residencia cuenta con servicios públicos (agua, luz, gas, aseo)</p> <p>¿Las condiciones de habitabilidad de su hogar satisfacen sus expectativas de vida?</p> <p>¿los espacios de su residencia generan algún tipo de limitación en sus actividades de la vida diaria?</p> <p>¿su barrio cuenta con servicio de transporte público?</p>	
Sistema Educativo	<p>¿Considera que la ciudad tiene el equipamiento y la cobertura necesaria en educación para suplir la demanda de las personas con discapacidad?</p> <p>¿Partiendo de su experiencia, cuál es su percepción del sistema educativo?</p>	

	¿Cree usted que el sistema educativo brinda garantías de inclusión a toda la población?
Condiciones del Trabajo Nivel de Ingresos	¿Cuenta usted con trabajo en este momento? ¿Su trabajo es formal o informal? ¿Siente que el trabajo que realiza esta acorde con sus habilidades, su experiencia y/o su nivel educativo? ¿Está de acuerdo con la remuneración económica otorgada por el trabajo desarrollado? ¿Su espacio de trabajo brinda garantías de accesibilidad, seguridad y operatividad para el desarrollo de sus funciones? ¿Ha sentido alguna vez que su condición de discapacidad ha cerrado las puertas a oportunidades laborales?
Estilos de vida Factores conductuales y biológicos	¿Qué tipo de actividades realiza que permitan contrarrestar problemas de salud, generados o no por su discapacidad? ¿Cómo percibe usted su estado de salud? ¿afecta esto en su diario vivir? ¿Su discapacidad ha afectado de alguna manera su estado anímico? ¿Por qué?
Apoyo Social	¿Se ha sentido alguna vez discriminado por su condición de discapacidad? ¿Cuénteme su experiencia? ¿Cuál cree usted que son las principales razones por lo que la gente discrimina a una persona con discapacidad? ¿Cree usted que su discapacidad afecta su entorno familiar? ¿cree usted que la sociedad ha tenido alguna evolución en la interacción y comunicación con las personas con discapacidad? ¿Cuál es su opinión frente a esto?
Sistema de Salud Acceso, calidad	¿Cree usted que el sistema de salud brinda garantías o un trato preferencial a la población con discapacidad? ¿Cuénteme una experiencia? ¿Cree que los tratamientos tienen la capacidad necesaria para el manejo de una discapacidad? ¿Cuál considera usted que es la solución para mejorar el sistema de salud en nuestro país?
Contexto Socio económico y político (políticas económicas, sociales, publicas)	¿Cuál es su opinión acerca de las políticas establecidas para amparar a las personas con discapacidad? ¿Conoce usted la política pública de Discapacidad e Inclusión Social para el Departamento de Nariño? ¿Cómo cree usted que esta política beneficia a la población con discapacidad? ¿Cómo considera usted que puede garantizarse un cambio efectivo en las políticas económicas para las personas con discapacidad? ¿Qué beneficios conoce usted que ofrezca el estado a la población con discapacidad? ¿Cree usted que la población con discapacidad tiene representatividad en el ámbito político (cargos de elección popular)? ¿Qué mecanismos cree usted debería implementar el estado para garantizar condiciones de igualdad para las personas con discapacidad?
Preguntas de Apoyo	¿Por qué opina así? ¿En qué sentido lo dice? ¿Podría darme un ejemplo de ello? ¿Por qué le parece muy importante esa acción?