

Capítulo VII

---

*Metodología, resultados y discusión  
basado en el estudio "Caracterización y  
localización de las personas en situación  
de discapacidad en el distrito de  
Barranquilla"*

*Yaneth Herazo Beltrán • Yisel Pinillos Patiño • José Armando Vidarte Claros*

## **METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

### **Tipo de Estudio, muestreo e instrumento para la recolección de la información**

En este capítulo se presenta un análisis de los resultados de un estudio realizado bajo el paradigma empírico-analítico, en una investigación epidemiológica de tipo analítico transversal de base poblacional que buscó caracterizar a las personas con discapacidad en la ciudad de Barranquilla. Se analizan las variables tenidas en cuenta para establecer la línea de base de la discapacidad para el distrito de Barranquilla: características sociodemográficas, origen de la discapacidad, participación en actividades familiares y comunitarias de las personas con discapacidad, trabajo y educación.

Para tal fin se utilizaron como unidades de observación las localidades del distrito de Barranquilla, georreferenciadas por la Secretaría de Planeación Distrital en cinco localidades: Norte Centro Histórico, Riomar, Sur Occidente, Metropolitana, Sur Oriente. En cada localidad se realizó la búsqueda activa de las personas con discapacidad a través de la difusión por medios masivos, y con la participación de profesores y estudiantes del Programa de Fisioterapia de la Universidad Simón Bolívar, los líderes comunitarios, las Juntas de Acción Comunal, los Comités de Participación Comunitaria, los Pasos y Caminos y organizaciones de las personas con discapacidad.

Para la recolección de la información se aplicó el instrumento Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística del Ministerio de Salud y Protección Social, previo a ello se buscó la firma del consentimiento informado por parte de cada una de las personas que participarían, además de contar con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad

Simón Bolívar. Este instrumento indagó sobre: condiciones de localización y vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación, participación en actividades familiares o comunitarias y trabajo de las personas con discapacidad.

Este trabajo de investigación se acogió a los lineamientos éticos emanados por el Ministerio de Salud según Resolución 008430 de 1993, Artículo 11, por las cuales se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación de salud en Colombia. Con base en la anterior resolución, esta investigación se categorizó sin riesgo por cuanto es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio; solo se consideró la aplicación de cuestionarios, los cuales no buscaron identificar aspectos sensitivos de la conducta de las personas.

Mediante un muestreo no probabilístico en cadena (bola de nieve) se localizó e identificó a 4.040 personas con discapacidad, distribuidas en cada una de las localidades en que se encuentra organizada la ciudad. Para ello se identificó cada una de las cinco localidades mencionadas, seguidamente se tuvieron en cuenta las calles de cada una de estas localidades y las viviendas ubicadas en dichas calles; de esta manera se realizó una búsqueda casa a casa, teniendo en cuenta para la organización del recorrido, las viviendas, zonas o familias asignadas a cada uno de los “caminantes de la salud” como son denominados en el modelo de salud de Barranquilla los promotores de salud.

La investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta las siguientes fases:

### ***Fase 1. Socialización del Proyecto***

Para tal fin se convocó a los Directivos de la Secretaría Distrital de Salud (Equipo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Equipo de Vigilancia Epidemiológica) y a la Dirección de Investigación de la Universidad Simón Bolívar con el propósito de presentarles la propuesta de trabajo.

Durante esta fase, se desarrolló el proceso de capacitación de los encuestadores, en la cual los investigadores (docentes del Programa de Fisioterapia y miembros del Grupo Muévete Caribe de la Universidad Simón Bolívar), con la orientación del Ministerio de la Protección Social, entrenaron a estudiantes del Programa de Fisioterapia de la mencionada institución de educación superior y a profesionales del área de la salud quienes se desempeñan como “Caminantes de la Salud” y forman parte del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y del Equipo de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla. Todo el personal fue capacitado en el manejo y diligenciamiento de la encuesta Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

### ***Fase 2. Acercamiento a la población de estudio***

De acuerdo con la identificación de las áreas dispuestas a recorrer en cada una de las localidades, según asignación previa a cada Caminante de la Salud del Distrito, se realizó la búsqueda y diligenciamiento puerta a puerta del consentimiento informado en el cual se les explicaron los objetivos del estudio, en qué consistía su participación, y el formulario encuesta Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, determinado en la investigación como el instrumento para la recolección de la información correspondiente.

### ***Fase 3. Digitación, procesamiento y análisis de la información***

Se utilizó el programa Excel para el proceso de digitación de la información recogida mediante el Instrumento definido por el DANE para tal fin, y el programa SPSS versión 18.0 (Licencia N° 10138194) para procesar y analizar la información recogida.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS DEL ESTUDIO**

La prevalencia de personas con discapacidad en el mundo va en aumento, dado al proceso de envejecimiento poblacional en que se encuentran las regiones; por ese motivo, los años de vida han aumentado y con ello el riesgo de adquirir una discapacidad en edades avanzadas, ya sea como secuela de cualquier enfermedad o por el deterioro progresivo de las capacidades funcionales en el ser humano en la medida que se envejece; además de los accidentes de cualquier tipología, los conflictos armados en los cuales se ha visto envuelta nuestra población tanto en zonas rurales como urbanas, la violencia y el uso abusivo de drogas y alcohol; los desastres naturales, la desnutrición, la marginalización de los diferentes grupos sociales y la pobreza extrema.

Conocer las condiciones demográficas de una población permite no solo saber su estado en cuanto a estructura y dinámica sino que favorece las proyecciones que en materia de aspectos sociales, culturales, educativos, políticos, en salud y económicos se puedan generar (1). En este sentido, el presente estudio permite identificar y analizar la situación actual en el distrito de Barranquilla, la cual se presenta a continuación:

### **Análisis y distribución de la población registrada según características sociodemográficas**

De acuerdo con el análisis estadístico realizado, se observó que del total

de personas con discapacidad encuestadas 75,2 % reside en el área de la cabecera, 22,5 % en centro poblado y 2,3 % en rural disperso. El 45,6 % de las personas con discapacidad reside en la localidad del Sur Occidente de Barranquilla; 26,4 % en la localidad Metropolitana; 20,9 % residen en el Sur Oriente; 3,8 % en el Norte Centro Histórico y 3,3 % en Riomar. El 61,9 % de las personas encuestadas con discapacidad pertenecen al estrato socioeconómico 1; 20,5 % pertenece al estrato 2; 16,6 % al estrato socioeconómico 3 y solo el 0,9 % pertenece a los estratos 4, 5 y 6.

**Tabla 1**  
*Distribución de la población registrada según el tipo de área, localidad y estrato socioeconómico de la residencia*

Área	Frecuencia	Porcentaje
Cabecera	3040	75,2
Centro Poblado	910	22,5
Rural Disperso	94	2,3
Localidad		
Metropolitana	1067	26,4
Norte Centro Histórico	155	3,8
Riomar	133	3,3
Sur Oriente	845	20,9
Suroccidente	1844	45,6
Estrato		
Estrato 1	2503	61,9
Estrato 2	828	20,5
Estrato 3	671	16,6
Estrato 4	32	0,8
Estrato 5	5	0,1
Estrato 6	1	0,02
No sabe	4	0,1

De acuerdo con la distribución por sexo, se evidenció que el 55,9 % de las personas con discapacidad encuestadas son hombres y el 44,1 % son mujeres. El 7,9 % de los encuestados tiene entre 30-34 años de edad; 7,6 % tiene más de 80 años de edad; 7,2 % tienen entre 40-44 años de edad; 7,0 % se encuen-

tra en edades entre 15-19 años; 7,0 % entre 45-49 años; el 6,7 % tiene entre 25-29 años de edad; 6,6 % tiene entre 20-24 años y el 6 % se encuentra en edades entre 55-59 años. De las personas registradas según las costumbres y tradiciones 90,9 % se considera mestizo u otro diferente; 6,6 % se consideran negro afrodescendiente y 1,9 % se considera raizal del archipiélago.

**Tabla 2**  
*Distribución de la población según el sexo, rango de edad*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	2261	55,9
Mujer	1783	44,1
Edad		
0-4 años	140	3,5
5-9 años	191	4,7
10-14 años	254	6,3
15-19 años	285	7,0
20-24 años	265	6,6
25-29 años	270	6,7
30-34 años	321	7,9
35-39 años	251	6,2
40-44 años	292	7,2
45-49 años	284	7,0
50-54 años	240	5,9
55-59 años	242	6,0
60-64 años	208	5,1
65-69 años	146	3,6
70-74 años	184	4,5
75-79 años	163	4,0
Más de 80 años	308	7,6
Etnia		
Negro afrodescendiente	266	6,6
Raizal del archipiélago	77	1,9
Palanquero	10	0,2
Gitano(a) ROM (Li)	1	0,0
Indígena	16	0,4
Mestizo u otro diferente	3674	90,9

Los hallazgos del presente estudio correspondientes a las características sociodemográficas de los participantes, se correlacionan con lo descrito por Neves y Álvarez, quienes al realizar un estudio descriptivo mediante el análisis de datos secundarios de encuestas de discapacidad en América Latina entre 2001 y 2009 encontraron que la discapacidad en los países latinoamericanos (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana) es más prevalente en el área rural; entre tanto que en Argentina, Brasil, Chile, Nicaragua y Uruguay es mayor la prevalencia en el área urbana, lo cual es equivalente a los hallazgos del presente estudio (2).

Con relación a la clase social estipulada como un determinante estructural, los datos del presente estudio se correlacionan con los hallazgos reportados en Colombia en 2005 y 2011, donde el estrato socioeconómico 1 fue donde mayormente se encontró ubicada la población caracterizada, seguida de los estratos 2 y 3 alcanzando el 94 % de la población total identificada mientras que los estratos altos no alcanzan a superar el 6 % (3).

Este mismo estudio identifica que los hombres fueron más afectados en un 66,7 % por la discapacidad en relación con el grupo de las mujeres. Solo en países como Argentina, Brasil, Chile, Nicaragua y Uruguay se observa mayor prevalencia de discapacidad en el grupo de las mujeres. Con relación a la edad se evidencia que el 75 % de los países reporta discapacidad con mayor frecuencia en las personas mayores de 65 años; solamente Chile y Guatemala reportaron prevalencia en personas con edades inferiores a esta, resultado que tiene relación con lo encontrado en el presente estudio. Solamente difiere en que en el distrito de Barranquilla hay una frecuencia levemente elevada de las personas con discapacidad con edades entre 30-34 años.

Sin embargo esta es seguida por la edad superior a 80 años; en este sentido, se comprueba la relación directa que hay entre vejez y discapacidad lo cual ha sido identificado por otros autores como Neves y Álvarez; al igual que lo demuestra el informe de la Organización Panamericana de la Salud, donde se afirma que el riesgo de discapacidad aumenta en la medida en que es mayor la edad de la persona, y estas tasas de discapacidad en adultos



mayores son el reflejo de la acumulación de los riesgos en salud durante la vida y es más alta en mayores de 45 años de edad en países de bajos ingresos (4).

A diferencia de lo evidenciado por el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) sobre datos de etnicidad en Barranquilla, en el último registro de 2005 el 46,4 % se identificó en algún grupo étnico y en 2011, se registró 41,5 %, de estos. El grupo de otras etnias y los indígenas fueron los grupos con mayores registros de personas con discapacidad (3).

**Tabla 3**  
*Frecuencia de los servicios públicos con los que cuentan las viviendas de las personas con discapacidad*

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
<b>Servicios públicos</b>		
Energía eléctrica	3962	98
Alcantarillado	3734	92,3
Gas natural	3611	89,3
Teléfono	1471	36,4
Recolección de basuras	3577	88,5
Acueducto	3653	90,3
Ninguno	108	2,7
<b>Agua potable</b>		
Sí	3793	93,8
No	86	2,1
No responde	165	4,1
<b>Tipo de vivienda</b>		
Casa	2983	73,8
Apartamento	733	18,1
Cuarto	221	5,5
Institución pública	7	0,2
Institución privada	2	0,0
Calle	3	0,1
Otro tipo de vivienda	99	2,3
<b>Condición de la vivienda</b>		
Arriendo o subarriendo	535	13,2
Vivienda propia y la está pagando	331	8,2
Vivienda propia totalmente pagada	1900	47,0
Vivienda de un familiar sí paga arriendo	1067	26,4
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	92	2,3
Otra	119	3,0

El análisis de los resultados también permitió identificar que el 98 % de las personas encuestadas cuenta en su residencia con energía eléctrica; 90,3 % con acueducto; 92,3 % con alcantarillado; 89,3 % con gas natural; 88,5 % con recolección de basuras y el 36,4 % con teléfono; solamente el 2,7 % no cuenta con ningún servicio.

De las personas con discapacidad registradas 93,8 % cuenta con agua potable para la preparación de los alimentos y solo el 2,1 % no cuenta con este recurso. El 73,8 % reside en casa; 18,1 % vive en apartamento y 5,5 % vive en cuartos; el 2,3 % vive en otro tipo de vivienda. El 47 % reside en una vivienda propia totalmente pagada; 26,4 % en una vivienda familiar sin pagar arriendo; 13,2 % vive en arriendo o subarriendo; 8,2 % en vivienda propia y la está pagando; 2,3 % vive en la casa de una tercera persona sin pagar arriendo y 3 % tiene otra condición de tenencia de la vivienda donde residen.

En este sentido, sobre las condiciones de la vivienda de las personas con discapacidad, la evidencia permite identificar la importante influencia que tiene el ambiente en la salud de esta población en particular, e inferir además que el ambiente puede generar discapacidad en la persona que tiene una condición de salud o quien posee una deficiencia (4).

Los datos de este estudio con respecto a la frecuencia de los servicios públicos con los que cuentan las viviendas de las personas con discapacidad, se correlacionan con lo descrito en el informe del último censo realizado en el país en donde se observó que el acceso a estos servicios básicos en las PCD en comparación con la población en general era de 79,87 % frente a 83,44 %, el acceso a la luz eléctrica del 92,6 % frente a 93,5 % y alcantarillado 65,32 % frente al 73,08 %, lo cual expresa claramente el bajo nivel de servicios básicos con que esta población de estudio cuenta en Colombia (5).

**Tabla 4**  
*Distribución de la población registrada según con quien vive actualmente*

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
<b>Actualmente vive</b>		
Solo	143	3,5
Acompañado	3901	96,5
<b>Cuántas personas conforman la familia</b>		
0 a 3 personas	994	24,6
4 a 6 personas	1939	47,9
7 a 10 personas	899	22,2
11 a 15 personas	192	4,7
Más de 16 personas	20	0,5
<b>Número de personas con discapacidad</b>		
1 persona	3129	77,4
2 personas	745	18,4
3 personas	131	3,2
4 personas	39	1,0
<b>Personas a cargo</b>		
Sí	791	19,6
No	3253	80,4
<b>Número de personas menores de 12 años</b>		
0 a 3 personas	4005	99,0
4 a 6 personas	34	0,8
Más de 7 personas	5	0,2
<b>Número de personas mayores de 60 años</b>		
Ninguna	3708	91,7
1 persona	256	6,3
2 personas	76	1,9
3 personas	3	0,1
4 personas	1	0,0
Total	4044	100,0

El 96,5 % de las personas registradas con discapacidad residen acompañados y el 3,5 % vive solo.

El 47,9 % de las personas registradas reside en un hogar conformado por 4 a 6 personas; 24,6 % en un hogar conformado por 3 personas; 22,2 %

reside en un hogar conformado por 7 a 10 personas y el 4,7 % en un hogar conformado por 11 y 15 personas. De acuerdo con el registro se encontró que del total de personas que conforman el hogar en el 77,4 % de los casos en el grupo hay 1 persona con discapacidad; en el 18,4 % el grupo familiar cuenta con 2 personas con algún tipo de discapacidad y en el 3,2 % de los casos el grupo cuenta con 3 personas con discapacidad.

El 80,4 % de las personas registradas con discapacidad no tiene a cargo otra persona, mientras que el 19,6 % sí lo tienen. El 99 % de las personas registradas tiene a cargo 3 personas menores de 12 años de edad y el 8 % tiene de 4 a 6 personas de estas mismas características a cargo. De los encuestados 91,7 % no tiene a ninguna persona mayor de 60 años de edad a su cargo; 6,3 % tiene a una persona mayor de 60 años de edad a su cargo y solo el 1,9 % de los registrados tiene 2 personas con estas mismas características a su cargo.

Con relación a este aspecto, es evidente que son diversas las complejidades a las cuales deben enfrentarse las familias cuando a uno de sus miembros llega la discapacidad, ya que todo el entorno es afectado; sin embargo la inclusión de ellas al seno de la familia permite afrontar la situación (6).

Los resultados de este estudio, se corresponden con la situación evidenciada en el último censo a nivel nacional donde llamó la atención que el 7 % de las personas que fueron incluidas en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) viven solas y un porcentaje menor del 18 % tienen personas a cargo (7).

Sin embargo, un estudio realizado en Santiago de Cali, confirmó que del total de los encuestados, el 50 % percibía ingresos mensuales de hasta de un salario mínimo y el 60 % tenía personas a cargo, siendo responsable del sostenimiento económico por lo menos de una persona, lo cual contrasta con lo hallado en el presente estudio (8).

**Tabla 5**

*Distribución de la población registrada según si recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
<b>Recibe algún beneficio</b>		
Si	168	4,2
No	3876	95,8
<b>Tipo de Programas</b>		
Protección	50	1,2
Hogar sustituto	13	,3
Hogar comunitario	40	1,0
Hogar infantil	16	,4
Club juvenil	7	,2
Otro programa de bienestar	162	4,0
Ninguno	3756	92,8
Total	4044	100

La Tabla 5 muestra que el 95,8 % de las personas registradas no recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; solo el 4,2 % sí lo recibe. El 92,8 % de las personas registradas no son beneficiarios de programas; el 0,4 % es beneficiario de un programa de bienestar y el 1,2 % recibe protección; solo el 4 % son beneficiarios de otro programa de bienestar.

Teniendo en cuenta que en Colombia la discapacidad tiene relación con la situación a nivel mundial, el apoyo social que reciba la persona con discapacidad tiene un factor importante en la determinación de su autoestima; en este sentido, un estudio realizado en 30 personas de ambos sexos, mayores de edad, con discapacidad física y adscritos a una asociación en el municipio de Tuluá en Colombia permitió evidenciar que el apoyo social es favorable para las personas en esta condición; así, la construcción social percibida a partir de la discapacidad es positiva y las personas que la enfrentan, están observando mejor calidad de vida que lo que ellos mismos esperaban tener (9).

## CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

**Tabla 6**

*Distribución de la población registrada según las alteraciones permanentes presentes*

Alteraciones permanentes	Sí	
	Frecuencia	Porcentaje
El sistema nervioso	2404	59,4
Los ojos	3081	76,2
Los oídos	3446	85,2
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	3904	96,5
La voz y el habla	2636	65,2
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	3682	91,0
La digestión, el metabolismo, las hormonas	3814	94,3
El sistema genital y reproductivo	3885	96,1
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1930	47,7
La piel	3876	95,8

El 96,5 % de las personas presenta alteraciones permanentes de los órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto); 96,1 % del sistema genital y reproductivo; 95,8 % de la piel; 94,3 % de la digestión, el metabolismo y las hormonas; 85,2 % de los oídos; 76,2 % de los ojos; de la voz y el habla 65,2 %; del sistema nervioso 59,4 % y 47,7 % presenta alteraciones permanentes del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.

**Tabla 7**

*Distribución de la población registrada según las dificultades permanentes que presenta en su vida diaria*

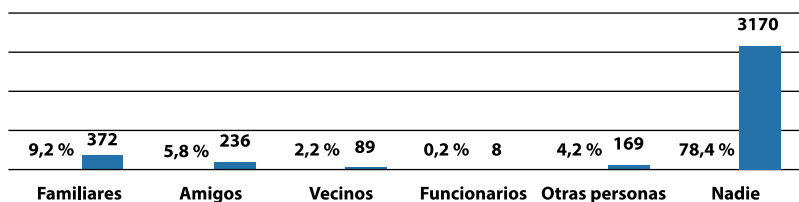
Dificultades permanentes	Sí presentan dificultades	
	Frecuencia	Porcentaje
Pensar, memorizar	2640	65,3
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	3457	85,5
Oír, aun con aparatos especiales	3709	91,7
Distinguir sabores u olores	3905	96,6
Hablar y comunicarse	2631	65,1

Dificultades permanentes	Sí presentan dificultades	
	Frecuencia	Porcentaje
Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	3643	90,1
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	3769	93,2
Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	3687	91,2
Caminar, correr, saltar	2085	51,6
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	3837	94,9
Relacionarse con las demás personas y el entorno	3467	85,7
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	3351	82,9
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	3333	82,4
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	3266	80,8
Otra	3898	96,4

De acuerdo con los registros se observa que 96,6 % presenta dificultades permanentes para distinguir sabores u olores en su vida diaria; 96,4 % presenta otra dificultad permanente diferente a la del listado de la encuesta; 94,9 % para mantener piel, uñas y cabellos sanos; 93,2 % para masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos; 91,7 % dice que su dificultad permanente en la vida diaria es para oír, aun con aparatos especiales; 91,2 % para retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos; 90,1 % para desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón; 85,7 % para relacionarse con las demás personas y el entorno; 85,5 % para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas; 82,9 % para llevar, mover, utilizar objetos con las manos; 82,4 % para cambiar y mantener las posiciones del cuerpo; 80,8 % para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo; 65,3 % para pensar, memorizar; 65,1 % para hablar y comunicarse y 51,6 % para caminar, correr, saltar.

Vélez y cols en su estudio realizado en Santiago de Cali, en 38.071 personas con discapacidad identificadas en el registro del DANE para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad de esta región

del país en el año 2011, observaron que las deficiencias relacionadas con el sistema nervioso, ojos, el sistema cardiorrespiratorio y de defensas fueron las más frecuentes alteraciones permanentes; con relación a las dificultades permanente, identificaron que la de mayor porcentaje era la limitación para caminar, correr y saltar; así, el 100 % de la población con discapacidad identificada en la ciudad tiene una deficiencia en el funcionamiento de uno de los sistemas y una limitación permanente (10).



*Figura 1*  
Distribución de la población registrada según quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía

La Figura 1 muestra que aunque un 78,4 % de las personas registradas afirma que nadie presenta una actitud negativa que le impida a la persona con discapacidad desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía, el 9,2 % dice que los familiares; el 5,8 % dice que sus amigos, compañeros; 2,2 % dice que sus vecinos; el 4,2 % dice que otras personas; 0,2 % expresa que los funcionarios y empleados tienen una actitud negativa hacia ellos.

Es evidente que entre los factores que obstaculizan la participación y el desarrollo de las personas con discapacidad se encuentran los aspectos relacionados con las actitudes de la población, los sistemas, servicios y políticas frente a este tema; los resultados de la presente investigación se correlacionan con otros trabajos que han permitido –mediante metodología cualitativa– explorar los sentimientos y reacciones de los padres con hijos con Síndrome de Down (SD) en Ecuador, observándose que a pesar de que existe una respuesta de adaptación de los padres y de las familias, persisten las actitudes negativas con respecto a las personas con este tipo de discapacidad en particular (11).



En este sentido, son diversos los estudios de investigación respecto a las actitudes hacia las personas con discapacidad en diferentes colectivos sociales: profesores, profesionales de la salud o compañeros de clase. Aunque la actitud encontrada hacia las personas con discapacidad en una muestra de 260 estudiantes de una universidad pública de la ciudad de La Serena, Chile, fue positiva, se resalta una predisposición en dichos sujetos, favorable para actuar y aceptar de manera efectiva a las personas con discapacidad en contextos sociales, laborales y personales, reconocen además los derechos de estas personas con relación a la accesibilidad y participación en actividades cívicas, laborales, ocio, entre otros contextos (12).

**Tabla 8**  
*Distribución de la población registrada según en qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía*

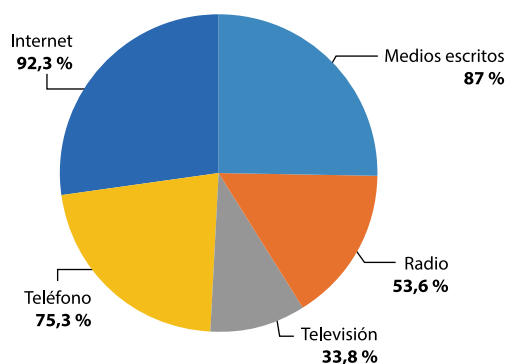
Barreras que impiden desarrollar las actividades diarias	Sí	
	Frecuencia	Porcentaje
Dormitorio	3615	89,4
Sala-comedor	3683	91,1
Baño-sanitario	3176	78,5
Escaleras	3254	80,5
Pasillos-patios	3596	88,9
Andenes, aceras	3444	85,2
Calles, vías	2873	71,0
Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	3497	86,5
Paraderos, terminales de transporte	3555	87,9
Vehículos de transporte público	3227	79,8
Centros educativos	3797	93,9
Lugares de trabajo	3871	95,7
Centros de salud, hospitales	3636	89,9
Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	3534	87,4
Otros lugares	3810	94,2

De acuerdo con el registro se observa que el 95,7 % encuentra barreras en su lugar de trabajo que le impide desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía; 94,2 % dice que en otros lugares diferentes a los del listado de la encuesta; 93,9 % afirma que en los centros educativos; 91,1 % en la sala-comedor; 89,9 % en los centros de salud, hospitales; 89,4 % en el dormitorio; 88,9 % en los pasillos-patios; 87,9 % en los paraderos, terminales de transporte; 87,4 % en los centros comerciales, tiendas, plazas de mercado; 86,5 % en parques, plazas, estadios, teatros, iglesias; 85,2 % andenes-aceras; 80,5 % escaleras; 79,8 % en vehículos de transporte público; 78,5 % en baño-sanitario; 71 % en calles, vías.

El ambiente en el que viven y se desarrollan las personas tiene efecto en la prevalencia y magnitud con que se presente la discapacidad; por tal motivo los cambios estructurales y arquitectónicos que se generen inciden en esta prevalencia ya que se presentan como un factor que limita el libre desplazamiento en el entorno físico. Con relación a este aspecto se comprende que los factores ambientales influyen de manera positiva o negativa en la participación de las personas con discapacidad, entre las cuales se encuentran las relacionadas con barreras arquitectónicas de la comunidad o del hogar (13).

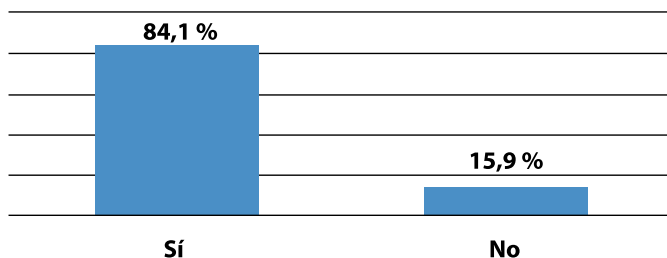
Con relación a estas barreras, lo encontrado en este estudio se puede comparar con lo descrito por Hurtado en un estudio realizado en 45 adultos con discapacidad motriz de miembros inferiores en la ciudad de Santiago de Cali (Colombia), donde el 98 % de los encuestados indicó que había andes circundantes con una amplitud de 0,80 metros pero el 19 % percibe que son menores de esta medida; así mismo el 75 % reportó la existencia de algún tipo de desnivel u obstáculo en las aceras y un 16 % expresó que solo podían transitar por la vía dado que estas aceras eran intransitables para su condición. Por otra parte, un 54 % consideró que en los edificios públicos se encuentran las principales barreras del entorno (8).

Este mismo estudio permitió confirmar que las personas con discapacidad percibe que tienen limitaciones para desplazarse en el transporte público como pasajeros en un 62 % y en un 30 % al conducir un vehículo adaptado. Existe entonces una necesidad por parte de las PCD de desplazarse con mayor facilidad en las casas, edificios públicos, privados, otras viviendas, calles, parques, avenidas y carreteras, lo cual se hizo evidente en los residentes encuestados en Cali (56 %).



**Figura 2**  
*Distribución de la población registrada según los medios de comunicación que utiliza actualmente*

El 92,3 % (3731) de la población con discapacidad registrada en el informe utiliza el Internet; 87 % (3520) dice utilizar los medios de comunicación escritos; 75,3 % (3046) utiliza el teléfono; 53,6 % (2166) la radio; 33,8 % (1368) la televisión. Estos resultados se correlacionan con el uso reportado por 870 hombres y mujeres con discapacidad visual de la provincia de Tungurahua, Ecuador, y 325 estudiantes de la carrera de Comunicación Social de la Universidad Técnica de Ambato del país en mención, quienes utilizan con mayor frecuencia el computador con características específicas para su tipo de discapacidad y los medios masivos de comunicación e información más usados son las páginas web, prensa, libros y revistas digitales; las redes sociales también evidenciaron un frecuente uso, lo cual contribuye a la accesibilidad a la información de las personas (14).



**Figura 3**  
*Distribución de la población registrada según conocimiento del origen de la discapacidad*

El 84,1 % (3.400 personas) de la población registrada y que se encuentra en situación de discapacidad afirma que sí conoce el origen de esta; mientras que el 15,9 % (644) dice no conocerla.

**Tabla 9**  
*Distribución de la población registrada según la consecuencia principal de la discapacidad*

Consecuencia de la discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	491	14,4
Complicaciones en el parto	263	7,7
Enfermedad general	1066	31,4
Alteración genética, hereditaria	467	13,7
Lesión autoinfligida	32	0,9
Enfermedad profesional	80	2,4
Consumo de psicoactivos	28	0,8
Desastre natural	4	0,1
Accidente	480	14,1
Víctima de violencia	79	2,3
Conflicto armado	13	0,4
Dificultades en la prestación de servicios de salud	78	2,3
Otra causa	319	9,4
Total	3400	100,0

El 31,4 % de la población registrada con discapacidad afirma que la discapacidad que presenta es por consecuencia de una enfermedad clasificada como general; 14,4 % afirma por condiciones de salud de la madre durante el embarazo; 14,1 % por un accidente; 13,7 % por alteración genética, hereditaria; 7,7 % por complicaciones en el parto; 2,4 % por enfermedad profesional, y otro 2,3 % son víctimas de la violencia; 2,3 % por dificultades en la prestación de servicios de salud; 9,4 % por otras causas diferentes a las encontradas en el listado del registro.

**Tabla 10**  
*Distribución de la población registrada según la consecuencia principal de la discapacidad*

<b>Consecuencia de la discapacidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Enfermedad profesional</b>		
Medioambiente físico del lugar de trabajo	13	16,3
Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)	11	13,8
Contaminantes (químicos, biológicos)	1	1,3
Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)	15	18,8
Organización del trabajo (psicolaborales)	2	2,5
Otra causa	38	47,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Consumo de psicoactivos</b>		
Psicoactivos aceptados socialmente	8	28,6
Psicoactivos socialmente no aceptados	20	71,4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>
<b>Desastres naturales</b>		
Otro desastre natural	3	75,0
Inundación	1	25,0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de Accidente</b>		
De tránsito	145	30,2
En el hogar	174	36,3
En el centro educativo	3	0,6
De trabajo	71	14,8
Deportivo	9	1,9
Otro tipo de accidente	78	16,2
<b>Total</b>	<b>480</b>	<b>100</b>
<b>Conflicto armado</b>		
Arma de fuego	8	61,5
Bomba	1	7,6
Minas antipersonales	3	23,3
Otro tipo de arma	1	7,6
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

El 18,8 % de la población afirma que una enfermedad profesional generada por carga de trabajo físico o mental (factores ergonómicos) le produjo la discapacidad que hoy presenta; 16,3 % por factores del medioambiente físico del lugar de trabajo; 13,8 % por condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas); mientras que el 47,5 % dice que fue por otra causa diferente a las enlistadas en la encuesta. Solo el 2,5 % dice que por organización del trabajo (psicolaborales), y 1,3 % por contaminantes (químicos, biológicos).

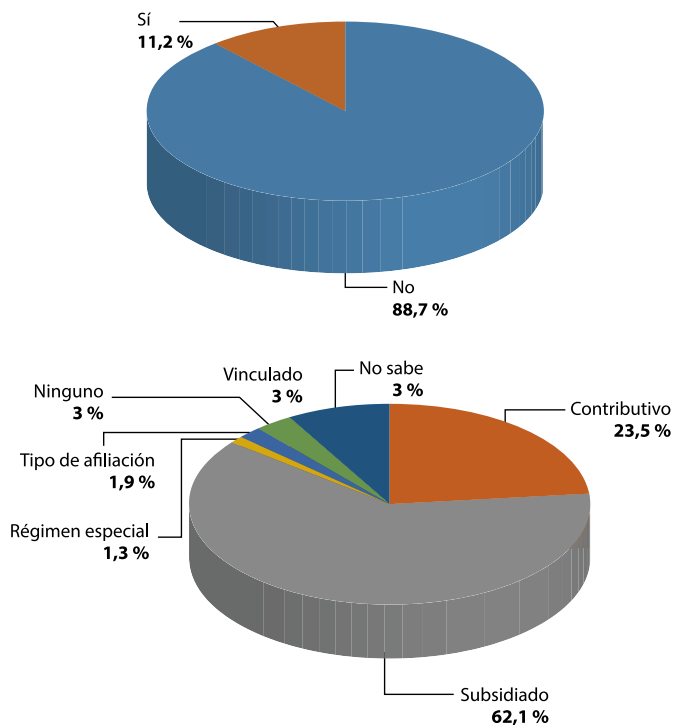
El 71,4 % dice que la discapacidad que presenta se debe a consumo de psicoactivos socialmente no aceptados; 28,6 % por consumo de psicoactivos aceptados socialmente. El 75 % de la población dice que la discapacidad se le generó por un desastre natural, mientras que el 25 % manifiesta por terremoto, inundación, deslizamiento. El 36,3 % dice que la discapacidad que presenta se debe a un accidente en el hogar; 30,2 % por un accidente de tránsito; 14,8 % por un accidente en el trabajo; 16,2 % por otro tipo de accidente; 1,9 % por un accidente deportivo y solo el 0,6 % menciona por un accidente en el centro educativo.

El 62 % dice que la discapacidad se generó por violencia de la delincuencia común; 13,9 % por violencia al interior del hogar; 12,7 % por violencia social; 11,4 % por otro tipo de violencia. El 61,5 % de las personas con discapacidad afirma que su situación actual es el resultado del conflicto armado por arma de fuego; 23,3 % por minas antipersonas; un 7,6 % por bombas y otro 7,6 % por otro tipo de armas.

Con relación a la consecuencia principal que originó la discapacidad, los resultados de este estudio se pueden contrastar con un estudio realizado en Santiago de Cali, en personas mayores de edad y quienes reportaron al conflicto armado/violencia como la causa más frecuente de discapacidad representada para este grupo encuestado 42 % (8).

Por otra parte, lo hallado en la presente investigación se correlaciona con lo encontrado en un estudio en Santiago, Chile, donde se reportó que del total de pacientes atendidos en el Instituto Teletón de Santiago, un 55,4 % de los casos corresponden a parálisis cerebral y encefalopatías y un 75,7 % a lesiones del sistema nervioso periférico y alteraciones raquimedulares congénitas, lo cual indica que prevalece la discapacidad como consecuencia de otras disfunciones presentes en la persona (15).

## SALUD



**Figura 4**  
*Distribución de la población registrada según su afiliación y tipo de afiliación a salud*

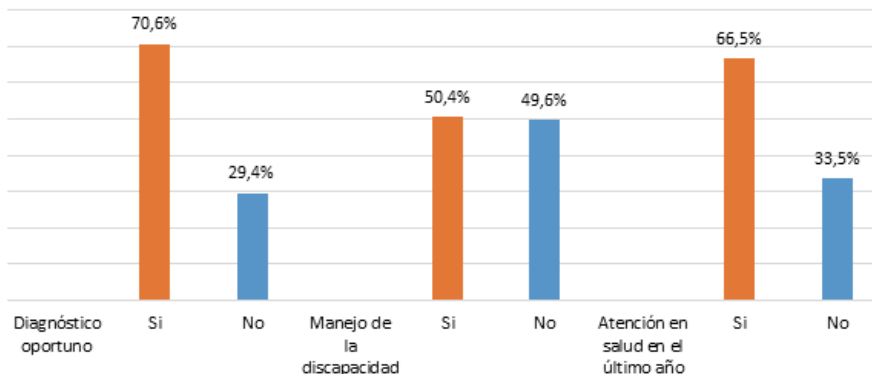
El 88,7 % de las personas con discapacidad se encuentra afiliada al régimen de salud, mientras que un 11,2 % responde que no está afiliado. De acuerdo al tipo de afiliación, un 62,1 % está afiliado al régimen subsidiado; 23,5 % hace parte del régimen contributivo; 1,3 % a uno de los regímenes especiales y un 8,2 % no conoce el tipo de afiliación (Figura 4).

Aunque se observa en este estudio un porcentaje alto de afiliación en las personas con discapacidad, es menor a la cobertura reportada por el Ministerio de Salud en la población general, que en el año 2014 fue de 91,55 %; en cuanto al régimen, la mayoría de los individuos están afiliados al subsidiado y aunque es el comportamiento nacional (47,7 %) al comparar las frecuencias, se observa que un menor número de personas con discapacidad pertenece al régimen contributivo (16). Según la Organización Mundial de la Salud mil millones de personas con discapacidad carecen de acceso a una atención médica y a servicios de rehabilitación especialmente en los países de ingresos bajos y medianos (17). Lo anterior incrementa la situación de vulnerabilidad y su plena inclusión y participación en todos los aspectos de la vida.

El 70,6 % (2856 sujetos) de las personas con discapacidad considera que fue oportunamente diagnosticada, mientras que un 29,4 % informa que el diagnóstico no fue oportuno. Al indagar sobre si la persona o la familia fueron orientadas sobre el manejo de la discapacidad, un 50,4 % (2038 personas) respondió que recibió orientación y el 49,6 % refiere no haber recibido orientación sobre cómo manejar su discapacidad.

Al indagar sobre si ha recibido atención en salud en el último año, el 66,5 % (2689 personas) responde de manera positiva, mientras que el 33,5 % informa no haber recibido atención en salud por su discapacidad (Figura 5).





**Figura 5**  
Distribución de la población registrada según dificultades en la prestación del servicio de salud

En el estudio de Revilla et al. (18) no se alcanzó el estándar establecido para el tiempo desde la llegada hasta la atención de la persona en el servicio de medicina física y rehabilitación; los autores explican que posiblemente por el incremento del número de individuos que requieren este tipo servicios, la atención oportuna se ve afectada. El incremento de las personas con discapacidad se explica, entre otros factores, por el acelerado envejecimiento de la población colombiana que lleva a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales aumentan las deficiencias y limitaciones funcionales de los individuos.

Como lo muestra la Tabla 11, al 58,9 % le ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes por su discapacidad; mientras que el 41,1 % responde que no le han ordenado ayudas especiales. En relación al uso de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes por su discapacidad, el 48,5 % manifiesta que sí las utiliza actualmente; y un 51,4 % informó que actualmente no utiliza ayudas especiales. El 78,1 % de las personas con discapacidad considera que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes; el 21,9 % cree que no necesita estas ayudas.

**Tabla 11**  
*Distribución de la población registrada según si le ordenó usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes*

<b>Descripción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Orden de ayudas especiales</b>		
Sí	2383	58,9
No	1661	41,1
<b>Utiliza ayudas especiales actualmente</b>		
Sí	1962	48,5
No	2082	51,4
<b>Cree que aún necesita ayudas especiales</b>		
Sí	3158	78,1
No	886	21,9
<b>Requiere ayuda de otra persona</b>		
Sí	2385	59,0
No	1659	41
<b>Persona que más le ayuda</b>		
Algún miembro del hogar	2029	85,1
Persona externa no empleada	80	3,4
Persona externa empleada para ayudarlo	15	0,6
Otra	261	10,9
Total	2385	100

Se observa que el 59 % de las personas con discapacidad registrada sí requiere ayuda permanente de otra persona; el 41 % informa no necesitarla. Al indagar sobre la persona que más le ayuda para desarrollar las actividades diarias, el 85,1 % responde que algún miembro del hogar; el 10,9 % no especifica el tipo de personas que lo ayuda permanentemente.

En muchas ocasiones las personas con limitaciones en sus capacidades funcionales requieren de apoyos técnicos para mantener o incrementar su independencia y autonomía, aunque en muchos casos el acceso a ellas se dificulta, tanto es así que la OMS manifiesta que entre el 5 al 15 % de las personas con discapacidad lo requiere y no tiene acceso a ellas (19), lo cual podría limitar el desempeño durante las actividades de la vida diaria

y la satisfacción con el funcionamiento de la actividad, e igualmente, el aumento de la carga de los cuidadores (20); estos autores explican que una ayuda técnica es un elemento que se utiliza para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de individuos con discapacidad (20).

**Tabla 12**  
*Distribución de la población registrada según se está recuperando de la discapacidad*

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
<b>Recuperando de la discapacidad</b>		
Sí	1194	29,5
No	2850	70,5
Total	4044	100
<b>A quién le atribuye su recuperación</b>		
A los servicios de salud y rehabilitación recibidos	482	40,4
Al apoyo de la familia	349	29,2
A su empeño por salir adelante	71	6
A la ayuda de Dios	197	16,5
A la acción de la medicina alternativa	14	1,1
Otro	81	6,8
Total	1194	100

De la población con discapacidad registrada, el 29,5 % considera que sí se está recuperando de su discapacidad y el 70,5 % percibe que no se ha recuperado. Un mayor porcentaje (40,4 %) de personas con discapacidad refiere que su recuperación la ha logrado por los servicios de salud y rehabilitación; el 29,2 % lo atribuye al apoyo de la familia; el 16,5 % de estas personas considera que la ayuda de Dios ha contribuido a su recuperación; mientras que el 6 % considera que su empeño por salir adelante es el factor que ha permitido su recuperación.

Las personas con discapacidad tienen mayores probabilidades de manifestar un problema de salud grave al compararlas con personas sin discapacidad, de allí que la necesidad de los servicios de rehabilitación sea

un imperativo para esta población, aunque su uso es bajo, de acuerdo a lo reportado en el estudio de Mactaggart (21), recomendando que es necesario incrementar los conocimientos de las personas con discapacidad sobre los servicios de rehabilitación a los que pueden acceder para de esta forma asegurar el cumplimiento de sus metas como sujetos de derechos.

**Tabla 13**

*Distribución de la población registrada según tipo de rehabilitación ordenada*

Tipo de rehabilitación	Tipo de servicios	
	Frecuencia	Porcentaje
Medicina física y de rehabilitación	873	21,6
Psiquiatría	491	12,1
Fisioterapia	1175	29,1
Fonoaudiología	585	14,5
Terapia ocupacional	441	10,9
Optometría	316	7,8
Psicología	590	14,6
Trabajo Social	223	5,5
Medicamentos permanentes	963	23,8

El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad permitió conocer los tipos de rehabilitación ordenadas; al respecto, la mayoría de los sujetos respondió que el servicio de fisioterapia fue el más ordenado (29,1 %), seguido de medicina física y rehabilitación (21,6 %), el 14,6 % seleccionó psicología, fonoaudiología fue escogida por el 14,5 % de las personas con discapacidad, un 23,8 % necesita medicamentos de forma permanente.

En el presente estudio se observa que la rehabilitación funcional, realizada por los fisioterapeutas, es el servicio que en mayor medida reciben las personas encuestadas, lo que se podría explicar por los altos reportes de deficiencias físicas en las personas con discapacidad como lo expresa Gudlavalleti (22); en su estudio el 88,4 % (742) presentó alteraciones

físicas. Los servicios de fisioterapia son esenciales en los procesos de rehabilitación de las personas con limitaciones funcionales producidas por alteraciones en la movilidad. Al respecto, los autores han reportado duración más corta de limitaciones en las personas en comparación con las que no recibieron atención por parte de un fisioterapeuta (23).

**Tabla 14**

*Distribución de la población registrada según el servicio de rehabilitación actual*

<b>Descripción servicio de rehabilitación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Asistencia actual a un servicio de rehabilitación</b>		
Sí	683	16,9
No	3361	83,1
Total	4044	100
<b>Pago de la rehabilitación</b>		
Sistema General de Salud	491	71,9
La familia	88	12,9
Personalmente	17	2,5
Una ONG	20	2,9
El empleador	20	2,9
Otro	47	6,6
Total	683	100
<b>Tipo de establecimiento</b>		
Público	310	45,4
Privado	310	45,4
No sabe	63	9,3
Total	683	100

Al indagar sobre si asiste a un servicio de rehabilitación, el 83,1 % manifiesta no asistir actualmente a un servicio de rehabilitación y solo el 16,9 % lo hace. Respecto de quién paga los servicios de rehabilitación recibidos, de las 683 personas que sí asisten a un servicio, el 71,9 % manifiesta que el Sistema General de Salud; 12,9 % la familia; un 2,5 % expresa que personalmente asume los gastos de rehabilitación; y tanto una ONG como el empleador son seleccionadas por el 2,9 % de las personas, respectivamente.

Tanto los establecimientos públicos (45,4 %) como privados (45,4 %) fueron seleccionados por igual número de personas con discapacidad como el tipo de instituciones de salud donde se llevan a cabo los procesos de rehabilitación; mientras que el 9,3 % no reconoce el tipo de establecimiento donde asiste para su rehabilitación.

Los resultados muestran que el sistema de salud colombiano asume los procesos de rehabilitación en la mayoría de los participantes, hecho que coincide con lo reportado por Hernández (24), donde el 71,9 % de las personas registradas por su estudio están aseguradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; también se muestra en el estudio de Hernández (24) que el 90,6 % no recibe servicios de rehabilitación, siendo la falta de dinero la causa principal para no asistir, hallazgos parecidos al presente estudio, como se muestra en la Tabla 15.

**Tabla 15**  
*Distribución de la población registrada según las razones de no recibir el servicio de rehabilitación*

Razones de no recibir el servicio de rehabilitación	No		Sí	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ya terminó la rehabilitación	3138	93,4	223	6,6
Cree que ya no lo necesita	3166	94,2	195	5,8
No le gusta	3230	96,1	131	3,9
Falta de dinero	1728	51,4	1633	48,6
El centro de atención queda muy lejos	3036	90,3	325	9,7
No hay quien lo lleve	3160	94,0	201	5,9

La principal razón por la cual las personas con discapacidad encuestadas no reciben el servicio de rehabilitación es no le gusta (96,1 %), el creer que ya no necesitan estos servicios fue seleccionada por el 94,2 % de los sujetos, otra de las razones que obtuvo un alto porcentaje (94 %) fue no tener una persona que lo lleve al establecimiento donde se realizan los procesos de rehabilitación, en menor proporción (51,4 %) fue seleccionada la falta de dinero como un factor para no recibir el servicio de rehabilitación.

**Tabla 16**  
*Promedio de años sin recibir los servicios de rehabilitación*

Media	Desviación estándar
12,2 años	14,7 años

En promedio, las personas con discapacidad llevan  $12,2 \pm 14,7$  años sin recibir los servicios de rehabilitación.



**Figura 6**  
*Distribución de la población registrada según si sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación*

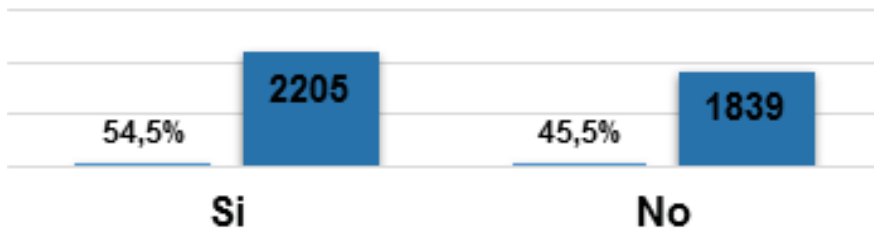
De la población registrada el 51,9 % (2100 sujetos) sí sabe que el municipio cuenta con servicio de rehabilitación y un 48,1 % no sabe si el municipio cuenta con este servicio.

Inquieta que un porcentaje alto de personas con discapacidad desconozca la existencia de servicios de rehabilitación en sus entornos cercanos; en relación con lo anterior, organismos internacionales expresan que los sistemas de salud deben ser reorientados y fortalecidos para asegurar el acceso equitativo y de calidad a las personas con discapacidad, debido a que cada día suelen tener más necesidades de salud, y menos posibilidades de encontrar los servicios que necesitan (25).

La calidad en la prestación de los servicios de salud se fundamenta en un conjunto de principios organizativos y en Colombia está respaldada por un marco legal amplio donde se resaltan características del sistema de salud, la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad; convirtiéndose estas características en las influencias contextuales que actúan como facilitadores para el individuo con discapacidad (26).

Aunque en Barranquilla existe una cobertura total, ideal necesario para la equidad social, en las actuales condiciones de deterioro económico y social del país, el cumplimiento de dichas características no se realiza de una manera completa (27) Rubio (28) comenta que la población de mayores necesidades en salud y menores ingresos no acceden a los servicios de salud aun estando afiliados al sistema; la población con discapacidad presenta estas peculiaridades, mostrando pocas oportunidades para acceder a servicios de salud de calidad, disminuyendo las posibilidades de ingresar a procesos de rehabilitación de calidad que incremente sus capacidades de generar ingresos, situación que aumenta la vulnerabilidad de esta población (29).

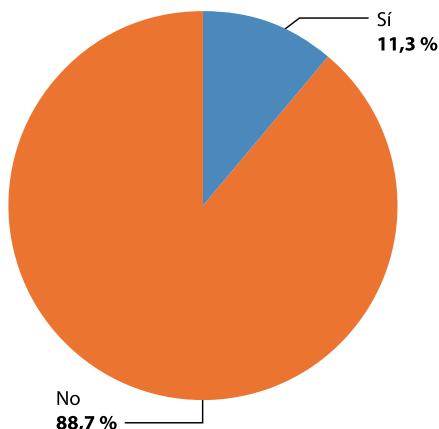
## EDUCACIÓN



*Figura 7*  
*Distribución de la población registrada según si sabe leer o escribir*

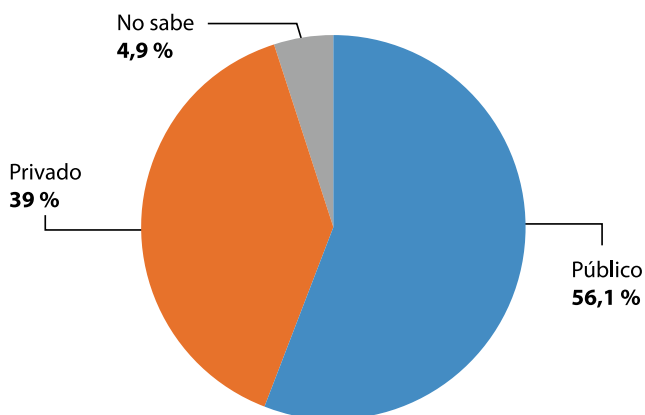


El 54,5 % de las personas registradas sabe leer o escribir, mientras que un 45,5 % responde que no sabe leer o escribir.



**Figura 8**  
*Distribución de la población registrada según si asiste actualmente a un establecimiento educativo*

El 88,7 % (3588 sujetos) de la población registrada informa que no asiste actualmente a un establecimiento educativo, solo el 11,3 % asiste actualmente a una institución educativa.



**Figura 9**  
*Distribución de la población registrada según tipo de establecimiento educativo*

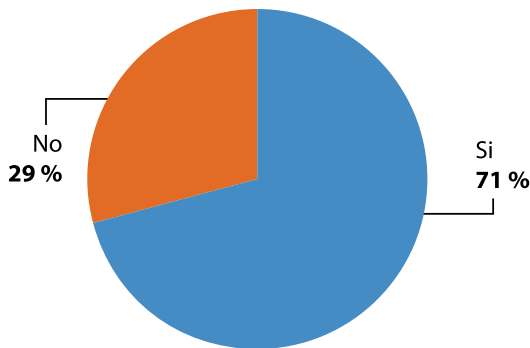
Con relación al tipo de establecimiento educativo, el 56,1 % (256 personas) de los que asisten a ellos la reconocen como establecimientos públicos; un 39 % estudia en instituciones educativas privadas; y solo 4,9 % no reconoce el tipo de institución.

**Tabla 17**

*Distribución de la población registrada según los servicios de apoyo con los que cuenta el establecimiento educativo donde estudian las personas con discapacidad.*

Servicios de apoyo de las instituciones educativas	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Pedagógicos	225	49,3	231	50,7
Tecnológicos	89	19,5	367	80,5
Terapéuticos	115	25,2	341	74,8

La Tabla 17 muestra una mayor proporción de respuestas negativas sobre los servicios de apoyo en las instituciones educativas donde asisten las personas con discapacidad. El 50,7 % de las personas manifiesta que las instituciones educativas no cuentan con servicios pedagógicos que apoyen los procesos educativos de las personas con discapacidad; el 80,5 % expresa que no cuentan con servicios tecnológicos que ayuden con las actividades de los estudiantes. Igualmente relevante que el 74,8 % de las personas reconozca que las instituciones educativas donde asisten no cuentan con servicios terapéuticos que apoyen sus actividades.



**Figura 10**

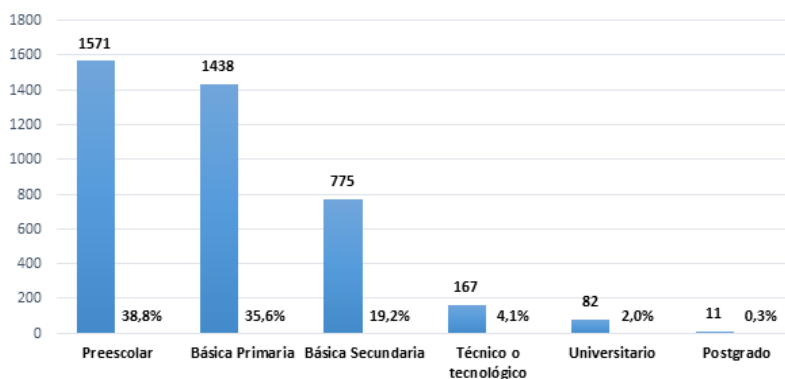
*Distribución de la población registrada según los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales*

En relación a si los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales, la Figura 10 muestra que el 71 % (324 personas) responde que sí lo hacen; el 29 % señala que los docentes no atienden de manera adecuada sus necesidades educativas.

**Tabla 18**  
*Distribución de la población registrada según la causa principal por la cual no estudia*

Causas por las que no estudia	Frecuencia	Porcentaje
Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar	763	21,3
Costos educativos elevados o falta de dinero	425	11,8
Por falta de tiempo	71	2
No aprobó el examen de ingreso	6	0,2
Falta de cupos	17	0,5
No existe centro educativo cercano	70	1,9
Necesita trabajar	99	2,8
No le gusta o no le interesa el estudio	84	2,3
Perdió el año o fue expulsado	10	0,3
Su familia no quiere que estudie	24	0,7
Por su discapacidad	1216	33,9
Otra causa	803	22,4
Total	3588	100

En relación a la causa principal por la que no estudia, el 33,9 % responde que por su discapacidad, el 21,3 % porque ya terminó o considera que no está en edad escolar y el 11,8 % porque los costos educativos son elevados, o por falta de dinero.



**Figura 11**  
*Distribución de la población registrada según el último año escolar que aprobó*

Se observan bajos porcentajes de personas que registran la culminación de estudios de nivel técnico, tecnológicos o universitarios. El mayor porcentaje solo culminó el preescolar (38,8 %), mientras que un 35,6 % alcanzó la básica primaria. Los niveles de escolaridad universitaria y posgrado presentan muy bajos porcentajes de acceso.

**Tabla 19**

*Distribución de la población registrada según si la educación que ha recibido responde a sus necesidades y según si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando lo haría*

<b>Responde a sus necesidades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	1373	34
No	2671	56
<b>Oportunidad de seguir estudiando</b>		
Sí	2810	69,5
No	1234	30,5
Total	4044	100

El 34 % de las personas responde que la educación recibida responde a sus necesidades; el 56 % manifiesta que no responde a sus necesidades. También se observa en la Tabla 19 que el 69,5 % de la población registrada afirma que ante la oportunidad de estudiar o continuar estudiando la aceptaría; mientras que el 30,5 % responde que no lo haría.

En general se observa en los resultados concernientes a los procesos educativos que la inclusión al sector educativo no es la adecuada en esta población participante. Al respecto, Hernández (24) expresa que el 90 % de su población estudiada no tiene educación básica secundaria; por otro lado, otros autores (30) reportan que en Colombia las metas de aprendizaje en la población de estudio es mínima, posiblemente por una baja formación de los docentes que limitan la respuesta oportuna y adecuada a las necesidades de las personas con discapacidad.

Los resultados del presente estudio muestran altos porcentajes de perso-

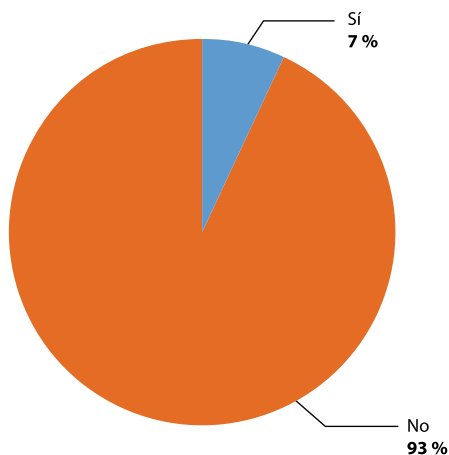
nas analfabetas, aunque no tan alta frecuencia. Padilla (31) reporta que el 22,5 % de las personas en condición de discapacidad son analfabetas; igualmente, se muestra que el 80 % de los profesores no se sienten preparados para atender las necesidades de estudiantes con discapacidad sensorial o mental. De lo anterior se puede inferir que la inclusión escolar está influenciada, entre otros, por la baja capacitación de los profesores, lo cual disminuye las oportunidades educativas que son las que posibilitarán la inclusión de las personas con discapacidad al mercado laboral y a mayores garantías del disfrute de los bienes y servicios que tienen como sujetos de derecho.

## PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

**Tabla 20**  
*Distribución de la población registrada según las actividades en que participa*

Participación en actividades	SÍ		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con la familia y amigos	2045	50,6	1999	49,4
Con la comunidad	718	17,8	3326	82,2
Religiosas o espirituales	991	24,5	3053	75,5
Productivas	102	2,5	3942	97,5
Deportivas o de recreación	316	7,8	3728	92,2
Culturales	152	3,8	3892	96,2
Educación no formal	39	1,0	4005	99
Ciudadanas	55	1,4	3989	98,6
Otras	68	1,7	3976	98,3

Las actividades donde se observó una mayor participación de las personas con discapacidad son con la familia y amigos (50,6 %), seguida de actividades religiosas o espirituales (24,5 %). El 99 % dice no participar en educación no formal; es baja la participación de las personas con discapacidad en actividades ciudadanas (98,6 %), productivas (97,5 %) y culturales (96,2 %).



**Figura 12**  
*Distribución de la población registrada según si actualmente participa en alguna organización*

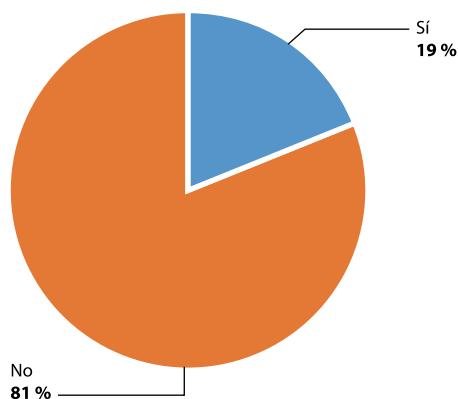
El 93 % de la población registrada con discapacidad no participa en ninguna organización y solo el 7 % sí lo hace.

**Tabla 21**  
*Distribución de la población registrada según la razón principal por la cual no participa en una organización*

Razón por la que no participa en una organización	Frecuencia	Porcentaje
Falta de dinero	450	12
Falta de tiempo	172	4,6
No existe o no la conoce	558	14,9
Siente rechazo	63	1,7
Por su discapacidad	1.384	37
No cree en ellas	65	1,7
Sus principios o creencias se lo impiden	3	0,1
Prefiere resolver sus problemas solo	75	2
Otra	973	26
Total	3.743	100

El 37 % de la población registrada con discapacidad no participa en ninguna organización por la discapacidad que presenta; 14,9 % porque no la conoce o dice que no existe; el 12 % por falta de dinero; 26 % expresa que son otras razones las que no le permiten participar en estas organizaciones; 4,6 %

dice que por falta de tiempo; el 2 % dice que prefiere resolver sus problemas solo; un 1,7 % dice que siente rechazo y otro 1,7 % dice no creer en esas organizaciones, por lo menos el 0,1 % menciona que no participan por sus principios o creencias religiosas.



**Figura 13**  
*Distribución de la población registrada según su participación en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad*

El 81 % de las personas registradas con discapacidad actualmente no participa en organizaciones en defensa de los derechos de la población con discapacidad; solamente el 19 % dice que sí participaría.

Con relación a la participación social de las personas con discapacidad, llama la atención que las personas se sienten mas cómodas en su entorno familiar, donde no perciben que las barreras arquitectónicas le limiten la integración social como se observa en un estudio que incluyó el total de personas identificadas en el Registro del DANE para la Localización y Caracterización de Persona con Discapacidad en Santiago de Cali; así, los resultados se correlacionan dado que se identificó que el 51 % de la población participa en actividades sociales especialmente en las familiares y con amigos, el 38,3 % en actividades religiosas, otro 24,4 % en actividades organizadas por la comunidad y un 11,2 % en actividades deportivas o re-

creativas; solamente se reportó que el 25 % tiene algún tipo de restricción para participar (10).

Con relación a las actividades comunitarias, el 67 % de 45 sujetos encuestados en Cali manifestó que en alguna forma tiene dificultad para disfrutar del derecho al entorno físico, la información y la comunicación, un 73 % dice por la falta de accesibilidad, un 63 % por restricción para sentirse en igualdad de oportunidades y otro 59 % por percibir discriminación de las personas sin limitaciones (8).

## TRABAJO EN MAYORES DE 10 AÑOS

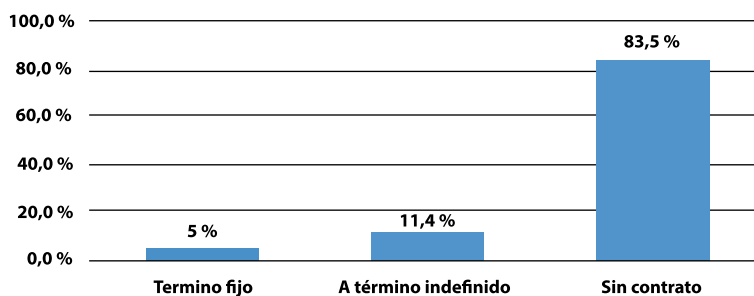
**Tabla 22**  
*Distribución de la población mayor de 10 años registrada según en los últimos 6 meses que ha estado realizando principalmente*

Qué ha estado haciendo	Frecuencia	Porcentaje
Trabajando	254	6,8
Buscando trabajo	169	4,6
Incapacitado permanente para trabajar-sin pensión	1151	31
Incapacitado permanente para trabajar-con pensión	124	3,3
Estudiando	185	5
Realizando oficios del hogar	417	11,2
Recibiendo renta	6	0,2
Pensionado-jubilado	49	1,3
Realizando actividades de autoconsumo	49	1,3
Otra actividad	1309	35,2
Total	3713	100

De la población encuestada y registrada con discapacidad el 31 % dice haber estado incapacitado permanente para trabajar y sin pensión durante los últimos seis meses; 6,8 % ha estado trabajando en este lapso de tiempo; 5 % ha estado estudiando; 4,6 % ha estado buscando trabajo; 3,3 % ha estado incapacitado permanente para trabajar - con pensión; 35,2 % dice haber estado dedicado a otras actividades diferentes los últimos seis meses.

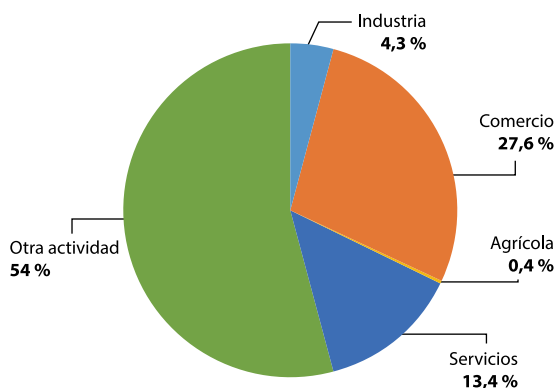


Solamente el 1,3 % ha estado pensionado - jubilado, y el mismo porcentaje ha estado realizando actividades de autoconsumo.



**Figura 14**  
*Distribución de la población registrada según usted tiene contrato*

El 83,5 % de las personas con discapacidad que reportaron estar trabajando actualmente, expresa no tener contrato de trabajo; 11,4 % tiene contrato a término indefinido; 5,1 % tiene contrato a término fijo.



**Figura 15**  
*Distribución de la población registrada según la actividad económica que realiza en su trabajo*

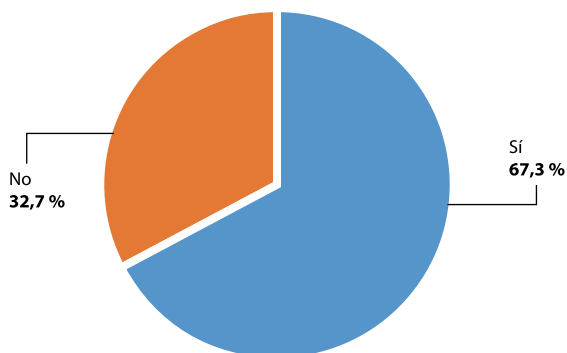
El 27,6 % de las personas con discapacidad se dedica al comercio; 13,4 % ofrece servicios; 4,3 % se dedica a la industria mientras que 54 % se dedica

a otras actividades económicas. Solo un 0,4 % se dedica a actividades agrícolas y otro porcentaje similar a las actividades pecuarias.

**Tabla 23**  
*Distribución de la población registrada según el desempeño en su trabajo*

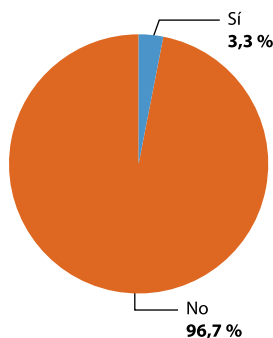
Desempeño laboral	Frecuencia	Porcentaje
Obrero-empleado del gobierno	10	3,9
Obrero-empleado particular	50	19,7
Jornalero o peón	1	0,4
Patrón o empleador	6	2,4
Trabajador por cuenta propia	132	52
Empleado(a) doméstico(a)	21	8,2
Trabajador familiar sin remuneración	10	3,9
No específica	24	9,4
Total	254	100

El 52 % se desempeña como trabajador independiente; 19,7 % es obrero-empleado particular; 9,4 % tiene un desempeño no específico; 8,2 % es empleado(a) doméstico(a); 3,9 % se desempeña como trabajador familiar sin remuneración; 2,4 % se desempeña como patrón o empleador; 0,4 % se desempeña como jornalero o peón.



**Figura 16**  
*Distribución de la población registrada según su capacidad para el trabajo que se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad*

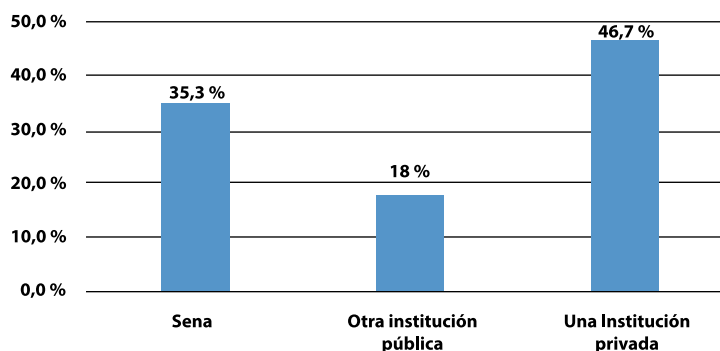
El 67,3 % dice que su capacidad para el trabajo sí se ha visto afectada como consecuencia de la discapacidad que presenta, mientras que el 32,7 % afirma que no se ha visto afectada.



**Figura 17**

*Distribución de la población registrada que luego de presentar su discapacidad, ha recibido capacitación para el trabajo*

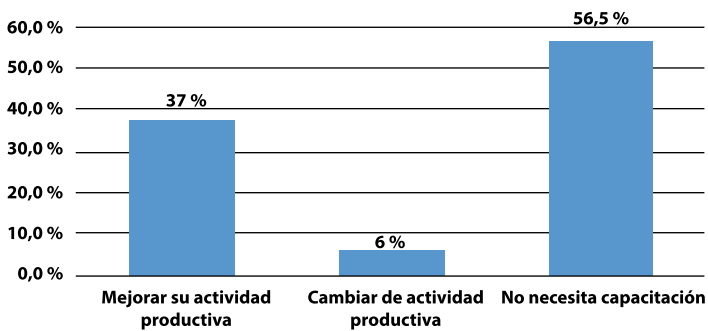
El 96,7 % de las personas registradas con discapacidad dice no haber recibido capacitación para el trabajo luego de presentar la discapacidad. Entre tanto que el 3,3 % dice que sí lo ha recibido.



**Figura 18**

*Barranquilla. Distribución de la población registrada según la institución donde realizó la capacitación*

El 35,3 % de las personas que ha recibido capacitación para el trabajo luego de presentar una discapacidad dice haber sido capacitado por el SENA; 46,7 % por una institución privada; 18 % por una institución pública.



*Figura 19*  
*Distribución de la población registrada según necesita capacitación para mejorar su actividad productiva*

El 37,4 % de la población registrada con discapacidad dice necesitar capacitación para mejorar su actividad productiva; 56,5 % dice no necesitar capacitación; el 6 % dice necesitarla para cambiar de actividad productiva.

Con relación al trabajo remunerado, estudios han descrito que las personas con discapacidad se sienten con menor oportunidad de acceder a desempeñarse en oficios laborales; tal es el caso de personas en la ciudad de Cali de las cuales un porcentaje elevado del 73 % de 45 personas encuestadas, indicó tener dificultades para acceder a un trabajo remunerado, quienes laboraban, lo hacían de manera independiente con ingresos económicos hasta de un salario mínimo legal vigente (8).

Así mismo, en la vereda de Los Tres del municipio de Los Santos, en Santander, se han encontrado reportes que indican que el 44 % de las personas con discapacidad permanente para trabajar no recibía tampoco pensión por invalidez; el 90 % no trabajaba, el 77 % atribuye a la discapacidad la razón por la cual no trabajaba. Se ha observado además que a un 88,9 % no le interesaba trabajar, un 66,7% indicó que la discapacidad le había limitado el poder trabajar y un 45,4 % no había trabajado en el último año (32).

## ANÁLISIS BIVARIADO

**Tabla 24**  
*Comparativo de la población registrada según el área y el sexo*

Área				
Sexo	Cabecera	Centro poblado	Rural disperso	Total
Hombre	1708	493	60	2261
	75,5 %	21,8 %	2,7 %	100 %
Mujer	1332	417	34	1783
	74,7 %	23,4 %	1,9 %	100 %
Total	3040	910	94	4044

En el estudio se encontró que de la población registrada 75,5 % de los hombres residen en la cabecera de la ciudad, mientras que el 74,7 % es mujer.

**Tabla 25**  
*Comparativo de la población registrada según el estrato y el sexo*

Estrato socioeconómico								
Sexo	1	2	3	4	5	6	7	Total
Hombre	1392	486	355	23	3	0	2	2261
	61,6 %	21,5 %	15,7 %	1,0 %	0,1 %	0 %	0,1 %	100
Mujer	1111	342	316	9	2	1	2	1783
	62,3 %	19,2 %	17,7 %	0,5 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	100
Total	2503	828	671	32	5	1	4	4044

El análisis de los sujetos participantes según el estrato socioeconómico evidenció que 61,6 % fue hombres y el 62,3 % fueron mujeres que pertenecen al estrato 1.

**Tabla 26**  
*Comparativo de la población registrada según la etnia y el sexo*

Etnia									
Sexo	Negro	Raizal	Palenquero	Gitano	Indígena	Mestizo o diferente	Chi2	P valor	Phi
Hombre	151	55	5	1	9	2040	13,849a	0,031	0,059
	6,7 %	2,4 %	0,2 %	0,0 %	0,4 %	90,2 %			
Mujer	115	22	5	0	7	1634			
	6,4 %	1,2 %	0,3 %	0,0 %	0,4 %	91,6 %			

Con respecto a la raza tanto hombres como mujeres (90,2 % y 91,6 % respectivamente), pertenecen al grupo de los mestizos; en menores porcentajes se encontró negros y raizales. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la etnia y el sexo masculino, donde la magnitud de la fuerza es nula.

Los resultados del presente estudio muestran cómo las inequidades sociales están presentes en todos los países, pero en algunos se presentan con mayor énfasis y afectan al género femenino, en lo cual las principales inequidades sociales en servicios de salud son el acceso a la atención y el diagnóstico oportuno (33). El sexo femenino está expuesto a factores de riesgo relacionados con el hogar, dadas las características y las condiciones de la vivienda; además, están más propensas a enfermedades de transmisión sexual, con consecuencias graves para el sexo masculino (33).

Al comparar estos estudios que muestran el predominio del género femenino sobre el masculino en la presencia de discapacidad, con el presente estudio se identifica que el 52 % del género relacionado con la discapacidad mostró niveles de asociación estadísticamente significativos, situación que también es evidente para el caso del distrito de Barranquilla, y tal como lo refieren Vélez y Vidarte (34) los aspectos socio-demográficos para la población muestran diferencias por género los cuales concuerdan con los resultados del censo DANE 2005 para Barranquilla, donde se reporta

que del total de la población con discapacidad la relación hombre: mujer resulta ser similar y según lo establecido en España, el género femenino es el que se ve más afectado en cuanto a condiciones de salud, al igual que quienes carecen de un ingreso mensual (35).

De igual manera estos datos resultan similares a los encontrados en el estudio de Chile en el año 2005, donde las mujeres con discapacidad fueron un 58,2 % (33). De igual manera, el grupo etario de 10-34 años de edad es el de mayor porcentaje presentado en un 40 %, datos diferentes al estudio de Chile mencionado anteriormente, que señala un porcentaje de 35,1 % en los mayores de 60 años (33).

**Tabla 27**  
*Comparativo de la población registrada según las alteraciones permanentes y el sexo*

<b>Alteraciones permanentes</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>% Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>% Mujeres</b>	<b>Chi2</b>	<b>P valor</b>	<b>Phi</b>
Sistema Nervioso	2404	1334	55,5	1070	44,5			
Ojos	3081	1784	56,7	1333	43,3			
Oídos	3446	1931	56	1515	44	3,57	0,03	0,030
Demás sentidos	3904	2183	56	1721	44			
Voz y habla	2636	1451	55	1185	45			
Sistema cardiorrespiratorio	3682	2059	56	1623	44			
Digestión, metabolismo y hormonas	3814	2122	55,6	1692	44,4			
Sistema genital y reproductivo	3885	2157	55,5	1728	44,5	6,05	0,00	0,03
Movimiento del cuerpo	1930	1095	56,7	835	43,3			
Piel	3876	2169	56	1707	44			

Con respecto a las alteraciones registradas por la población encuestada, se observó que las alteraciones permanentes en el sistema nervioso fueron registradas en el 55,5 % de los hombres y en el 44,5 % de las mujeres; las alteraciones de la voz y el habla se presentaron en un 55 % de los hombres y en un 45 % de las mujeres. Las alteraciones de los genitales representaron

el 55,5 % de las alteraciones en las mujeres, mientras que para los hombres el 44,4 %; las alteraciones permanentes del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas están presentes en el 56,7 % de los hombres y en el 43,3 % de las mujeres.

Las alteraciones de la piel se observaron con mayor predominio en los participantes del sexo masculino, evidenciándose en un 56 %, y en un 44 % en las mujeres. Se evidencia asociación estadísticamente significativa en las alteraciones permanentes de los oídos, el sistema genital y reproductivo y el sexo, siendo la magnitud de la fuerza de asociación nula.

**Tabla 28**  
*Comparativo de la población registrada según las dificultades permanentes y el sexo*

<b>Dificultades permanentes para</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>% Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>% Mujeres</b>	<b>Chi2</b>	<b>P valor</b>	<b>Phi</b>
Pensar	2640	1483	56,2	1157	43,8	8,933	0,003	-0,047
Percibir la luz, distinguir objetos	3457	1940	56,1	1517	43,9			
Oír aun con aparatos especiales	3709	2081	56,1	1628	43,9			
Distinguir sabores u olores	3905	2175	55,7	1628	44,3			
Hablar y comunicarse	2631	1426	54,2	1205	45,8			
Desplazarse en trechos cortos	3643	2044	56,1	1599	43,9			
Masticar, tragar, asimilar	3769	2120	56,2	1649	43,8			
Retener o expulsar la orina	3687	2044	55,4	1643	44,6	3,774	0,052	-0,031
Caminar, correr, saltar	2085	1219	58,5	866	41,5	11,40	0,001	0,053
Mantener piel, uñas y cabellos	3837	2147	56	1690	44			
Relacionarse con las demás personas	3467	1920	55,4	1547	44,6			
Llevar, mover, utilizar objetos	3351	1878	56	1473	44			
Cambiar y mantener posiciones	3333	1858	55,7	1475	44,3			
Alimentarse, asearse y vestirse	3266	1826	55,9	1440	44,1			
Otra	3898	2177	55,8	1721	44,2			



El análisis comparativo por género evidenció que la dificultad permanente para caminar fue la que en mayor porcentaje se presentó en los hombres (58,5 %), mientras las dificultades para hablar y comunicarse fue seleccionada por el 45,8 % de las mujeres. Las dificultades para oír, percibir la luz y objetos y personas, y pensar y memorizar tuvieron altos porcentajes de selección en los hombres, mientras que en las mujeres, las dificultades para relacionarse con las demás personas y retener la orina fueron seleccionadas en el 44,6 % de ellas. Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre las dificultades permanentes para pensar, retener o expulsar orina y caminar, correr, saltar, siendo la magnitud de la fuerza de asociación nula.

**Tabla 29**  
*Comparativo de la población registrada según las barreras permanentes y el sexo*

Barreras	Total	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Chi2	P valor	Phi
Dormitorio	3615	2040	90,2	1575	88,3	3,760	0,052	0,030
Sala	3683	2091	92,5	1592	89,3	12,505	0,000	0,056
Baño	3176	1803	79,7	1373	77	4,435	0,035	0,033
Escalera	3254	1851	81,9	1403	78,7	6,408	0,011	0,040
Pasillo	3586	2032	89,9	1564	83,8	4,697	0,030	0,034
Andén	3444	1949	86,2	1495	83,8	4,369	0,037	0,033
Calle	2873	1644	72,7	1229	68,9	6,933	0,009	0,031
Parque	3497	1992	88,1	1505	84,4	11,632	0,001	0,054
Paradero	355	2007	88,8	1548	86,8			
Vehículo	3227	1847	81,7	1380	77,4	11,390	0,001	0,053
Educativo	3797	2132	94,3	1665	93,4			
Trabajo	3871	2163	95,7	1708	95,8			
Centro salud	3636	2074	91,7	1521	87,6	18,692	0,000	0,068
Centro comercial	3532	2011	89	1521	85,3	12,480	0,000	0,056
Otros	3810	2137	94,5	1673	93,8	11,695	0,000	0,054

De los sujetos participantes 95,7 % de los hombres percibe barreras en su trabajo que le impide desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía y para el grupo de mujeres esta percepción se evidencia en un 95,8 %. En el entorno educativo 94,3 % de los hombres dice encontrar barreras y 93,4 % de las mujeres dice hallarlo en este espacio.

En los centros de salud 91,7 % de los hombres encuestados y 87,6 % de las mujeres dice observar barreras; 92,5 % de los hombres y 89,3 % de las mujeres encuestadas dice percibir las en la sala de sus viviendas; 90,2 % de los hombres y 88,3 % de las mujeres en el dormitorio. Entre tanto que 94,5 % de los hombres que respondieron la encuesta dicen que las perciben en otros entornos al igual que el 93,8 % de las mujeres encuestadas. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se observa cómo en todas las barreras se encontró asociación estadísticamente significativa con una fuerza de magnitud nula excepto en paradero, centro educativo y centro de salud.

**Tabla 30**  
*Comparativo de la población registrada según las consecuencias de la discapacidad y el sexo*

Consecuencias de la discapacidad	Total	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Chi2	P valor	Phi
Salud madre	491	288	14,9	203	13,9			
Parto	263	154	7,9	109	7,5			
Enfermedad	1066	531	27,4	535	36,6			
Alteración genética	467	265	13,7	202	13,8			
Lesión auto-infligida	32	16	0,8	16	1			
Enfermedad profesional	80	61	3,1	19	1,3	14,739	0,022	0,060
Psicoactivo	28	23	1,2	5	0,3	13,655	0,001	0,058
Desastre natural	4	2	0,1	2	0,1			
Accidente	480	303	15,6	177	12,1	93,046	0,001	0,152
Violencia	79	66	3,4	13	0,9	40,750	0,000	0,100
Conflicto	13	13	0,7	0	0	23,534	0,000	0,076
Dificultades	78	44	2,3	34	2,3			
Otra causa	319	172	8,9	147	10			

El 27,4 % de los hombres considera que su discapacidad fue generada a consecuencia de una enfermedad general mientras que esta consideración se presenta en un 36,6 % de las mujeres. El 14,9 % de los hombres dice que se debe a las condiciones de salud de su madre, mientras que el 13,9 % también lo considera; otras de las causas seleccionadas por los hombres fueron los accidentes (15,6 %) y la alteración genética hereditaria (13,7 %). En cuanto a las mujeres, también seleccionaron en mayor porcentaje la alteración genética hereditaria (13,8 %) y los accidentes (12,1 %) como causa de su discapacidad. En menor proporción fueron seleccionadas por los hombres, complicaciones en el parto (7,9 %) y la violencia (3,4 %); y las mujeres seleccionaron en menor proporción las complicaciones durante el parto (7,5 %) y las dificultades en la prestación de salud (2,3 %). Se evidenció asociación estadísticamente significativa en las consecuencias de la discapacidad de enfermedad profesional, psicoactivo, accidente, violencia y conflicto armado, siendo la magnitud de la fuerza de asociación nula para todas y leve para accidente.

**Tabla 31**  
*Comparativo de la población registrada según las alteraciones permanentes y la edad*

Alteraciones permanentes	Edad (años)				Chi2	P valor	Phi
	0-16	17-34	35-64	>65			
Sistema nervioso	301 43,4	484 46,9	620 40,9	235 29,3	61249	0,00	0,123
Los ojos	157 22,7	164 15,9	316 20,8	326 40,7	169,709	0,000	0,205
Los oídos	110 15,9	178 17,2	187 12,3	123 15,4	13,038	0,005	0,057
Demás sentidos	36 5,2	36 3,5	42 2,8	26 3,2	8,522	0,03	0,046
Voz y habla	395 57	473 45,8	415 27,4	125 15,6	372,506a	0,000	0,304
Sistema cardio-respiratorio	90 13	67 6,5	111 7,3	94 11,7	34,140	0,000	0,092
Digestión	50 7,2	59 5,7	81 5,3	40 5			
Genital	26 3,8	42 4,1	48 3,2	43 5,4			
Movimiento	320 46,2	415 40,2	820 54,1	559 69,8	171,356	0,000	0,206
Piel	26 3,8	40 3,9	66 4,4	36 4,5			

La tabla anterior muestra cómo al comparar la edad con las alteraciones permanentes, en el rango de edad de 0 hasta 24 años en mayor porcentaje se encuentran las alteraciones permanentes de los demás órganos de los sentidos, la digestión, el metabolismo y las hormonas, el sistema genital y reproductivo, el sistema cardiorrespiratorio y la piel; entre 17 y 34 años sobresalen las alteraciones de digestión, sistema genital y reproductivo y piel; a partir de los 45 años sobresalen los oídos, demás órganos de los sentidos y el sistema cardiorrespiratorio. Se evidencia que existe asociación estadísticamente significativa entre las alteraciones permanentes del sistema nervioso, los ojos, los oídos, demás sentidos, voz y habla, sistema cardiorrespiratorio, y el movimiento. La magnitud de la fuerza de asociación es moderada para el movimiento, los ojos y la voz y el habla.

**Tabla 32**  
*Comparativo de la población registrada según las dificultades y la edad*

Dificultades permanentes	Edad (años)				Chi2	P valor	Phi
	0-16	17-34	35-64	>65			
Para pensar	280	427	500	197	68,138	0,000	0,130
	40,4	41,3	33	24,6			
Percibir la luz, distinguir objetos	87	92	184	224	152,076	0,000	0,194
	12,6	8,9	12,1	28			
Oír aun con aparatos especiales	68	100	104	63	9,041	0,029	0,047
	9,8	9,7	6,9	7,9			
Distinguir sabores u olores	39	40	40	20	16,670	0,001	0,062
	5,6	3,9	2,6	2,5			
Hablar y comunicarse	393	462	436	122	350,500	0,000	0,294
	56,7	44,7	28,7	15,2			
Desplazarse en trechos cortos	62	66	131	142	72,620	0,000	0,0134
	8,9	6,4	8,6	17,7			

Dificultades permanentes	Edad (años)				Chi2	P valor	Phi
	0-16	17-34	35-64	>65			
Masticar tragar, asimilar	85	75	62	53	50,669	0,000	0,112
	12,3	7,3	4,1	6,6			
Retener o expulsar la orina	55	79	125	98	14,674	0,002	0,060
	7,9	7,6	8,2	12,2			
Caminar, correr, saltar	288	397	751	523	146,352	0,000	0,190
	41,6	38,4	49,5	65,3			
Mantener piel, uñas y cabellos	39	55	74	39			
	5,6	5,3	4,9	4,9			
Relacionarse con las demás personas	113	194	202	68	42,538	0,000	0,103
	16,3	18,8	13,3	8,5			
Llevar, mover, utilizar objetos	126	159	229	179	22,512	0,000	0,075
	18,2	15,4	15,1	22,3			
Cambiar y mantener posiciones	116	154	241	200	38,608	0,000	0,098
	16,7	14,9	15,9	25			
Alimentarse, asearse y vestirse	187	186	200	205	84,378	0,000	0,144
	27	18	13,2	25,6			
Otra	31	36	47	32			
	4,5	3,5	3,1	4			

Al comparar las dificultades permanentes y la edad se observa que en todas las edades se presentan en mayor porcentaje dificultades para pensar, hablar y comunicarse, caminar, correr y saltar, y oír aun con aparatos especiales. Se evidencia además que excepto en las dificultades de mantener piel, uñas y cabellos y otros no se encontró asociación estadísticamente significativa. La magnitud de la fuerza de asociación para hablar y comunicarse es leve.

**Tabla 33**  
*Comparativo de la población registrada según las barreras y la edad*

Barreras	Edad (años)				Chi2	P valor	Phi
	0-16	17-34	35-64	>65			
Dormitorio	81	83	144	121	27,147	0,000	0,082
	11,7	8	9,5	15,1			
Sala	72	59	111	119	54,437	0,000	0,116
	10,4	5,7	7,3	14,9			
Baño	133	181	271	283	114,679	0,000	0,168
	19,2	17,5	17,9	35,3			
Escalera	93	150	300	247	98,149	0,000	0,156
	13,4	14,5	19,8	30,8			
Pasillo	67	71	145	165	97,208	0,000	0,155
	9,7	6,9	9,6	20,6			
Andén	75	116	225	184	61,424	0,000	0,123
	10,8	11,2	14,8	23			
Calle	169	269	426	307	46,058	0,000	0,107
	24,4	26	28,1	38,3			
Parque	87	125	185	150	23,173	0,000	0,076
	12,6	12,1	12,2	18,7			
Paradero	61	109	186	133	24,744	0,000	0,078
	8,8	10,6	12,3	16,6			
Vehículo	95	191	329	202	34,584	0,000	0,092
	13,7	18,5	21,7	25,2			
Educativo	76	65	68	38	48,177	0,000	0,097
	11	6,3	4,5	4,7			
Trabajo	15	42	75	41	10,698	0,015	0,051
	2,2	4,1	4,9	5,1			
Centro salud	51	95	136	126	36,814	0,000	0,095
	7,4	9,2	9	15,7			
Centro comercial	72	127	188	123	8,725	0,033	0,046
	10,4	12,3	12,4	15,4			
Otros	34	62	62	82			
	4,9	4,9	6	5,4			

En cuanto al comparativo entre las barreras y la edad de los participantes se encontró que en mayores porcentajes las mayores barreras se establecen en las personas mayores de 65 años. Se evidencia asociación estadísticamente significativa en todas las barreras y la edad, siendo el baño, la sala, las escaleras, el pasillo las que muestran una magnitud de fuerza leve.

La condición de salud está determinada por la edad, el ingreso, el nivel educativo, la actividad laboral, la ubicación geográfica, el género, los hábitos de las personas, y la seguridad social en salud, encontrando que el mayor efecto marginal corresponde al determinante social de la salud; a medida que aumenta el nivel educativo de los individuos, también aumenta la probabilidad de percibir un muy buen estado de salud evidenciando hacia una relación positiva con el estado de salud (36).

En el análisis del género frente a los componentes de la discapacidad, se encontró asociación significativa en algunas de las alteraciones permanentes, las dificultades y las barreras dado que tanto los hombres como las mujeres pueden presentar limitaciones en la actividad, situación que se evidencia en el estudio de la Discapacidad en Chile, donde se presenta que las mujeres tienen mayor porcentaje de limitaciones en las actividades (33).

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

La etnia, como factor personal (37,38) se clasifica dentro de aquellas circunstancias de construcción social y es factor de exclusión, influye en las desigualdades de salud, así como el género (39).

La presencia de discapacidad en el género está ligada a dos características para tener en cuenta: la edad de la persona y la esperanza de vida al nacer de cada país y región. De acuerdo con la información brindada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), la esperanza de vida en Colombia para el quinquenio 2010- 2015 es de 78 años para las mujeres y 72 para los hombres (40), lo cual está relacionado con los datos de los diversos estudios interpretados anteriormente. El género como determinante social de salud es fundamental porque es una de las principales características que permite identificar la presencia de inequidad social en una población, especialmente en la población con discapacidad.

En los componentes de la discapacidad de acuerdo a la CIF (41), se evidenció que las personas que tienen alguna deficiencia no necesariamente tienen alguna limitación o restricción en la participación, de ahí la importancia de caracterizar a cada individuo en términos de funcionamiento para poder establecer un plan de tratamiento en cuanto a rehabilitación o habilitación. Esto guarda relación con lo expuesto: “los niveles de funcionamiento varían enormemente dentro de una población, ya sea en relación con las capacidades físicas, intelectuales, habilidades sensoriales, o como resultado del impacto de la salud mental. Si estas diferencias no se toman en cuenta se puede limitar seriamente la efectividad de los programas diseñados para promover el bienestar económico y social” (42).

Esto también es coherente con la CIF, que describe claramente que las deficiencias están relacionadas con la discapacidad pero no son determinantes de la misma, es decir, que tener deficiencias no quiere decir que se tiene discapacidad (41).



De acuerdo con lo que refiere la CIF en relación con la expresión “Discapacitados sociales”, para destacar la dificultad de participación que tienen ciertas personas debido a condiciones socioculturales, también se utiliza en aquellos casos en que por diversas circunstancias como pobreza, violencia, producen daños a problemas de salud que llevan a la discapacidad (43).

Similares resultados se encontraron en el estudio donde se muestra que a pesar de ser solo para población infantil y una patología específica también se ve fuertemente influenciado por los determinantes sociales como son área de residencia, afiliación y acceso a los servicios de salud, estrato socioeconómico, los cuales son factores determinantes de la presencia o no de la enfermedad, los determinantes sociales como género, condiciones de vivienda, asistencia a programas de crecimiento y desarrollo no están asociados significativamente a la presencia de enfermedad (42).

Según la CELAP (44), en la gran mayoría de los países, las tasas de discapacidad de los hombres superan a las de las mujeres desde su nacimiento hasta los 40 años, situación que cambia en el siguiente ciclo de vida. Al llegar al grupo de 60 años y más, la prevalencia de las mujeres sobrepasa la de los hombres en todos los países del Caribe y en 11 de los 17 países de América Latina de los que se tienen datos. Contrario a esto, en los resultados de la ciudad de Barranquilla la discapacidad se presenta en mayores de 60 años y con mayor frecuencia en mujeres. Este cambio de patrón, se podría explicar por el hecho de que la mayor esperanza de vida de las mujeres aumenta la posibilidad de tener una discapacidad generada por un accidente o una enfermedad crónica (45).

## CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio muestran cómo las inequidades sociales están presentes de igual manera en los participantes en el estudio; es

así como el sexo femenino está expuesto a factores de riesgo relacionados con el hogar, dadas las características y las condiciones de la vivienda; además, están más propensas a enfermedades de transmisión sexual, con consecuencias graves para el sexo masculino. Para Barranquilla se reporta que del total de la población con discapacidad la relación hombre: mujer resulta ser similar y las mujeres son las que se ven más afectadas en cuanto a condiciones de salud, al igual que quienes carecen de un ingreso mensual.

El estudio describe que la mayor proporción de personas identificadas con discapacidad reside en la cabecera municipal, en el suroccidente del Distrito y están categorizados en estrato 1. Se evidenció que la mayor distribución por sexo fue de hombres, la edad con más predominio fue del grupo entre 30 y 34 años, y de las personas registradas según las costumbres y tradiciones, la mayoría se considera mestizo u otro diferente. La mayoría tiene afiliación al régimen subsidiado.

Se observó que las personas caracterizadas con discapacidad en su mayoría residen en vivienda propia y cuentan con servicios públicos: energía eléctrica, acueducto, alcantarillado, gas natural, recolección de basuras y servicio telefónico, un inferior porcentaje no cuenta con servicios básicos. En su mayoría viven acompañados, la mayor proporción tienen a cargo otra persona y no reciben algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ni son beneficiarios de alguno de los programas que ellos ofrecen.

Con relación a las alteraciones permanentes presentes en las personas encuestadas, se observó que la mayoría tiene alteración permanente de los órganos de los sentidos (gusto, olfato y tacto); de las dificultades permanentes más frecuentes se evidenció la dificultad para distinguir sabores u olores como la más predominante. La mayoría de las personas tiene conocimiento del origen de su discapacidad y en mayor proporción indicó que se debió como consecuencia de una enfermedad clasificada como general,

seguido de una condición de salud de la madre durante el embarazo, y otro menor porcentaje debido a un accidente. Un porcentaje considerable afirmó que se debió a una enfermedad profesional generada por carga de trabajo físico o mental, específicamente por factores ergonómicos; con relación al consumo de sustancias psicoactivas, en mayor proporción indicaron que su discapacidad se debió a consumo de psicoactivos no aceptados socialmente. Otro porcentaje indicó que fue a consecuencia de un desastre natural, otro grupo consideró que fue a causa de un accidente en el hogar, y otro porcentaje, que es el resultado del conflicto armado por arma de fuego, seguido por minas antipersonas.

Por otra parte, se concluye que las personas con discapacidad afirman que no perciben actitud negativa en las personas que les rodean, que lleve a dificultarles su autonomía. Con relación a las barreras, las personas perciben que es en el trabajo donde con mayor frecuencia tienen barreras que les impiden desarrollar sus actividades diarias con autonomía, seguido de otros lugares diferentes a los del listado descrito en la encuesta. Relacionado con las TIC y los medios de comunicación, la población participante en este estudio, indicó que utilizan el Internet y los medios de comunicación escritos para mantenerse enterados de lo que sucede en el medio.

Lo realizado en el distrito de Barranquilla da respuesta a lo que en el mundo y especialmente en Latinoamérica se viene desarrollando; aunque son diferentes las fuentes de datos sobre personas con discapacidad con las que cuentan los organismos oficiales, a partir del presente siglo se ha contado con censos de población, encuestas de hogares, encuestas especiales sobre personas con discapacidad y registros continuos que le permiten a los gobiernos identificar las características de la población con discapacidad que la cual cuenta su región ya que ello –relacionado con variables sociodemográficas y económicas– favorece la comprensión global de la situación

facilitando la planificación de las medidas de prevención, asistencia, rehabilitación y creación de servicios en todos los niveles.

Con este estudio se favoreció la elaboración de un diagnóstico que permitiera conocer la distribución de la discapacidad en la población en términos de las limitaciones, etiología, severidad, distribución sociodemográfica, condición laboral, del proceso de atención en rehabilitación, aspectos relacionados con la salud, así como la educación. Estos resultados además, se constituyen en la base para la realización de estudios de intervención y el diseño de políticas que favorezcan la inclusión de las personas con discapacidad de manera integral en escenarios productivos, de la vida ciudadana y cultural principalmente ya que son donde menos participación tienen.

Al relacionar las alteraciones permanentes con el sexo y la edad se evidenció cómo las alteraciones del sistema nervioso, de la voz y el habla, genitales y del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, las dificultades permanentes para caminar, hablar y comunicarse se presentan en mayor porcentaje en los hombres, siendo igualmente en mayor porcentaje en los sujetos entre 17 y 34 años.

Las barreras percibidas en el trabajo que impiden realizar sus actividades diarias es mayor en los hombres, de igual forma esta percepción de barreras es en escenarios como los centros de salud, en las salas de sus viviendas, en los dormitorios, en la calle y otros entornos, y son los adultos mayores quienes en mayor porcentaje establecen estas barreras.

Se evidenció que las personas que tienen alguna deficiencia no necesariamente tienen alguna limitación o restricción en la participación, de ahí la importancia de caracterizar a cada individuo en términos de funcionamiento para poder establecer un plan de tratamiento en cuanto a rehabilitación o habilitación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales MS, Arboleda AO, González CP. Análisis demográfico de Colombia 2005-2010: una lectura en clave de política pública en salud. *Revista CES Salud Pública*. 2(2):110-124.
2. Neves SP, Álvarez EM. Estudio descriptivo de las características socio-demográficas de la discapacidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(12):4889-4898.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo ASIS. Análisis de situación de salud de poblaciones diferenciales relevantes. 2013. En: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20poblaciones%20diferenciales.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Situación mundial de la discapacidad. 2013 En: <http://www.bvs.hn/Honduras/Discapacidad/Docentes/Situacion%20Mundial%20de%20la%20Discapacidad.pdf>
5. Lugo AL, Seijas V. La discapacidad en Colombia: una mirada global. *Rev Col Med Fis Rehab*. 2012; 22(2):164-179.
6. Fresnillo PM. Desde la familia, la discapacidad se mira con otros ojos. *Revista Educación y futuro digital*. 2014; 60-73.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social. Sala Situacional de Personas con Discapacidad, Nacional. Octubre 2016. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-nacional-oct-2016.pdf>
8. Hurtado FM, Aguilar ZJ, Mora AA, Sandoval JC, Peña SC, León DA. Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de la persona con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*. 2012; 28(2):227-237.
9. González SP, Astudillo ME, Hurtado LE. Salud mental positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física. *Revista Cultura del ciudadano*. 2012; 9(2):39-49.

10. Vélez AC, Vidarte CJ, Cerón BJ. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 31(1):192-202.
11. Huiracocha TL, Almeida AC, Huiracocha TK, Arteaga HA, Arteaga AJ, Barahona HP, Quezada HJ. Explorando los sentimientos de los padres, la familia y la sociedad a las personas con Síndrome de Down: Estudio observacional. *MASKANA.* 2013; 4(2):47-57.
12. Araya CA, González AM, Cerpa RC. Actitud de universitarios hacia las personas con discapacidad. *Educación y Educadores.* 2014; 17(2):289-305.
13. Serrano RC, Ramírez RC, Abril MJ, Ramón CL, Guerra UL, Clavijo GN. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. *Salud UIS.* 2013; 45(1):41-45.
14. Martínez BC, Silva SR, Naranjo GB. Accesibilidad a la información y la inclusión social de personas con discapacidad visual. *MASKANA.* 2017; 8(1):79-86.
15. García PD, San Martín PP. Caracterización sociodemográfica y clínica de la población atendida en el Instituto Teletón de Santiago. *Rev Chil-Pediatr.* 2015; 86(3):161-167.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de Salud. Colombia. 2014. Bogotá, D. C.; 2014.
17. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de Discapacidad, 2011. Génova; 2011.
18. Revilla AH, González MD, Valenzuela FL. Calidad de la atención de salud brindada en un servicio de rehabilitación integral de base comunitaria. *MEDISAN.* 2016; 20(3):313-319.
19. Organización Mundial de la Salud. Guía para la rehabilitación basada en la comunidad. Ginebra. 2012.
20. Mortenson WB, Demers L, Fuhrer MJ, Jutai JW, Lenker J, DeRuyter F. Effects of an assistive technology intervention on older adults with

- disabilities and their informal caregivers: an exploratory randomized controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013; 92(4):297-306.
21. Mactaggart I, Kuper H, Murthy GV, Sagar J, Oye J, Polack S. Assessing health and rehabilitation needs of people with disabilities in Cameroon and India. *Disabil Rehabil.* 2016; 38(18):1757-1764.
  22. Gudlavalleti MV, John N, Allagh K, Sagar J, Kamalakannan S, Ramachandra SS, et al. Access to health care and employment status of people with disabilities in South India, the SIDE (South India Disability Evidence) study. *BMC Public Health.* 2014; 14(1125):1-8.
  23. Webster BS, Verma S, Willetts J, Hopcia K, Wasiak R. Association of disability duration with physical therapy services provided after meniscal surgery in a workers' compensation population. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011; 92(10):1542-1551.
  24. Hernández JJ, Hernández UI. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Rev. Salud Pública.* 2005; 7(2):130-144.
  25. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Romper las barreras y abrir las puertas: Discapacidad y Desarrollo. New York. 2013.
  26. República de Colombia. Decreto 2309 de 2002. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. 2002.
  27. Restrepo C J. La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2007; 25(1):78-81.
  28. Rubio MM. Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá. *Rev. Salud Pública.* 2008; 10(1):29-43.
  29. Herazo BY, Domínguez AR. Correlación entre pobreza extrema y discapacidad en los Departamentos de Colombia. *Cienc. innov. salud.* 2013; 1(1):11-17.

30. Hurtado LL, Agudelo MM. Inclusión educativa de las personas con discapacidad en Colombia CES Movimiento y Salud. 2014; 2(1):45-55.
31. Padilla MA. Inclusión educativa de personas con discapacidad. Rev. Colomb. Psiquiat. 2011; 40(4):670-699.
32. Cabrales GM, Navarro K, Villanueva C, Coronel L. Impacto de la discapacidad en la vereda los Tres del municipio de Los Santos, Santander 2012. Rev. Fac. Cienc. Salud UDES (Bucaramanga). 2014; 1(2):101-106.
33. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC; 2002.
34. Velez C, Vidarte JA. Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. Cienc. innov. salud. 2014; 2(2):63-69.
35. Borrell C, Rodríguez M, Pérez G, García AA. Las desigualdades sociales en salud en el Estado español. Aten Primaria. 2008; 40(2):59-60.
36. Tovar L. Determinantes del estado de salud de la población colombiana. Econ. Gest. Desarro. 2005; 3:125-151.
37. Weber LA. Conceptual framework for under standing race, class, gender and sexuality. Psychology of Women Quarterly. 1998; 22:13-32.
38. Weber LA. Reconstructing the landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminism intersectional and biomedical paradigms. In: Schulz AJ, Mullings L, editores. Gender, race, class, and health. Intersectional approaches. San Francisco: Jossey- Bass; 2006, pp. 21-59.
39. Astorga LF. Incluyendo a las personas con discapacidad en las políticas de desarrollo. Managua, Nicaragua, 2007. p.3.
40. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Comunicado de prensa Estudios demográficos del DANE. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2005.
41. Weber L.A. Reconstructing the landscape of health disparities re-



- search. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. In: Schulz AJ, Mullings L, editores. Gender, race, class, and health. Intersectional approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. 21-59.
42. Sen A. Inequality reexamined. Cambridge, MA: Harvard University Press, y Oxford Clarendon Press; 1992. 2-9
43. Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. declaración provisional. Ginebra: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2007. En [whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim\\_statement\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf)
44. Gómez JC. Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en Capital Humano. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha; 2010. 28-37.
45. Naciones Unidas. Objetivos del Milenio informe de 2011. New York: Naciones Unidas; 2011. En: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342\(S\)MDG\\_Report\\_2011\\_Book\\_LR.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342(S)MDG_Report_2011_Book_LR.pdf)

---

**Cómo citar este capítulo:**

Herazo Beltrán YPPY, Vidarte Claros JA. (2018). Metodología, resultados y discusión basado en el estudio “Caracterización y localización de las personas en situación de discapacidad en el distrito de Barranquilla. In Pinillos Patiño Y, Herazo Beltrán Y, Vidarte Claros JA, Crissián Quiroz EM, Suárez Palacio D, García Puello F, et al. Caracterización de la discapacidad en el distrito de Barranquilla. Una mirada conceptual y experiencial. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar, p. 229-293.