

## Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia\*

## Characterization of the social determinants of health and of the components of disability in Manizales, Colombia

**Mónica Lucía Castelblanco Niño\*\***  
Universidad Autónoma de Manizales,  
Colombia

**Luis Cerquera Guerrero**  
Psicólogo Clínico, Orito, Putumayo,  
Colombia

**Consuelo Vélez Álvarez**  
Universidad Autónoma de Manizales,  
Colombia

**José Armando Vidarte Claros**  
Universidad Autónoma de Manizales,  
Colombia

Recibido: 15 de enero de 2013  
Revisado: 2 de marzo de 2013  
Aceptado: 13 de abril de 2013

### Resumen

El objetivo de este trabajo fue establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad. Corresponde a un estudio de tipo descriptivo con fase correlacional, se analizaron 6.150 registros de personas identificadas en el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad en la ciudad de Manizales. En los resultados se observaron 3.181 registros de mujeres y 2.969 de hombres; edad promedio: hombres, 40.5 años, y mujeres, 48.9 años. Se destaca la presencia de las alteraciones en el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas, con 44.7 %. Las principales barreras son las arquitectónicas, se presenta mayor participación social en actividades religiosas y familiares y menor participación en actividades culturales. Las deficiencias y alteraciones permanentes son más frecuentes en la adultez media, la vejez y la infancia, igualmente, se encontró relación de la edad y el grupo étnico con la restricción en la participación,  $p < 0,05$ . Como conclusión se observa que los bajos niveles educativos producto de la restricción en

\* Artículo de investigación. Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento. Maestría en Discapacidad. Universidad Autónoma de Manizales.  
\*\* Correspondencia: Mónica Lucía Castelblanco, Psicóloga Clínica, Docente Ocasional Maestría en Discapacidad, Universidad Autónoma de Manizales, Colombia. Correo electrónico: molucani@gmail.com. Luis Cerquera Guerrero, Psicólogo Clínico, Orito, Putumayo, Colombia. Consuelo Vélez Álvarez, Universidad Autónoma de Manizales, Colombia. José Armando Vidarte Claros, Universidad Autónoma de Manizales, Colombia. Dirección postal: Avenida Alberto Mendoza No. 89-89, Conjunto Sierra Verde Casa 103, Manizales, Caldas.

la participación obstaculizan la capacidad de adquirir conocimientos y habilidades que permitirían acceso a un mercado laboral más amplio y a mejores condiciones de vida.

**Palabras clave:** discapacidad, estadísticas de secuelas y discapacidad, condiciones sociales, participación social, escolaridad, empleo.

## Abstract

The objective of this work is to establish the relationship between the social determinants of health and the components of disability. Methods and Tools: descriptive study with phase correlation. 6.150 records corresponding to the totality of the population indexed in the Public Record of Location and Characterization of People with Disability, provided by the local Health Department of Manizales, were analyzed. Results: 3.181 of the total records were women and 2.969 were men; the average age was 40.5 years for men and 48.9 years for women. The study showed that the most significant alterations were: Alterations in body movement, hands, arms and legs (44.7 %); the main barriers are architectural ones; greater involvement in religious and family activities was found; involvement in cultural activities was scarce. The study revealed that permanent impairments are more common in middle adulthood, old age and childhood; the study also showed a relationship between age and ethnicity with participation restriction,  $p < 0,05$ . Conclusions: Low educational levels, resulting from a restriction in participation, hinder the capability to acquire knowledge and skills which would otherwise allow access to a broader labour market and to better living conditions.

**Keywords:** Disability, people with impairments, sequelae and disability statistics, social conditions, social participation, schooling, employment.

## Introducción

La salud y su abordaje ha sido un asunto relevante en las agendas de trabajo de algunos importantes organismos internacionales como la Organización Mundial de la salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que entre otras, velan por la salud de las poblaciones. Muchas de las temáticas incluidas en las agendas de trabajo de dichas organizaciones tienen que ver con aspectos que deterioran la salud y que se constituyen en riesgos que determinan socialmente la vida de personas. En este orden de ideas, si se entiende que la discapacidad, requiere de la existencia de una condición de salud, es comprensible que para estas organizaciones como para diferentes investigadores, sea necesario generar estudios que vinculen los determinantes sociales de la salud con el fenómeno discapacidad.

En la Conferencia Mundial de la Salud de Alma-Atá (1978), la OMS enfatiza en el deber que tienen los estados de proveer recursos económicos para la mejora de la calidad de vida, especialmente de los más pobres, lo que no fue aceptado por la hegemonía neoliberal, por el contrario, se instauraron sistemas de salud que tienen como núcleo el aseguramiento individual, la atención a la enfermedad más que la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos que acceden a pólizas de seguro más costosas y priorizando la rentabilidad de las instituciones financieras participantes de los nuevos sistemas de salud, afirma Álvarez (2009).

En el 2004 la OMS conformó una comisión especial para trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud, este grupo, conocido como la 'Comisión sobre Determinantes Sociales

de la Salud (CDSS) se puso en marcha en 2005. Su estrategia se basa en la búsqueda del conocimiento y mejoría de las condiciones de salud de las poblaciones, a través de la aplicación del conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud (OMS, 2011), se encarga de ofrecer asesoramiento respecto a la forma de atender, mitigar y evitar las inequidades observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (OMS, 2007). Para Álvarez (2009) la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2010), ha permitido conocer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.

Así, como resultado del interés por los determinantes sociales de la salud y de las labores investigativas de la CDSS, se ha podido conocer que la incidencia y las consecuencias de la discapacidad se encuentran estrechamente relacionadas con factores sociales, presentándose con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y bajo nivel educativo, esto debido a la mayor exposición a diversos factores de riesgo (Cuervo, Trujillo, Vargas, Mena & Pérez, 2005). Los factores a los que se hace referencia se dividen en: “estructurales” e “intermediarios”, los primeros hacen referencia a la posición socioeconómica, el grupo étnico, nivel educativo, entre otros que están influenciados por un contexto sociopolítico.

Los determinantes sociales “intermediarios” incluyen condiciones de vida y de trabajo, tipo de servicio de salud, nivel de ingreso, etc., estos al ser distintos en la población, generan impacto en la equidad en salud y en el bienestar, pues otorgan una posición socioeconómica diversa, en la que a mayor nivel económico, mejor condición de salud (Tovar, 2005).

La OMS junto con la OPS, la ONU y otras entidades internacionales se han interesado en conocer la interacción entre las condiciones sociales y la discapacidad, desarrollando una serie de estudios para dilucidar los pormenores de la relación entre discapacidad y pobreza. Se plantea conocer

por qué millones de personas con discapacidad en todo el mundo son más proclives al riesgo de padecer pobreza y exclusión social, y por qué en sus trabajos carecen de un sueldo digno (OMS, 2007). Asimismo, Vargas (2006) en Colombia, reitera que en las personas con discapacidad existe la presencia de un mayor número de factores de riesgo, por precarias condiciones de vida; restricción en el acceso a los servicios de salud; y por las dificultades para ingresar a la educación, rehabilitación, entrenamiento vocacional, empleo, y en general a lograr una participación social activa son más limitadas. Al respecto de lo anterior, la Clasificación Internacional del Funcionamiento -CIF- contempla tanto las deficiencias en funciones o estructuras como las limitaciones en la actividad dentro de los componentes de la discapacidad, añadido a esto, incluye las condiciones del ambiente físico y social, las cuales pueden ser percibidas como barreras que restringen la participación o como facilitadores de la misma (OMS, 2001).

A nivel nacional datos que muestran información relacionada con la discapacidad y la pobreza en Colombia, son aportados por la fundación Saldarriaga Concha y la fundación Santa Fe (2009), a través del análisis de 750.378 registros de personas con discapacidad de 829 municipios del país; encontrando que la población con discapacidad en su mayoría posee escasos recursos económicos, se ubican en los estratos 1 y 2, un gran porcentaje no se encuentra afiliada al SGSSS, residen en las cabeceras municipales, el grupo de edad más afectado es el de los mayores de 60 años (principalmente del género femenino), prevalece un bajo nivel educativo y un alto porcentaje de inasistencia escolar. Tovar (2005) reconoce además, que las personas con discapacidad son más vulnerables dado que se les niega el acceso a la educación, a los mercados laborales y a los servicios públicos, según su estudio con población colombiana.

Pese a los diversos aspectos analizados por el estudio de la fundación Saldarriaga Concha y la fundación Santa Fe (2009), la restricción en la participación de las personas con discapacidad no fue abordada directamente, situación que resalta un vacío en el conocimiento a nivel nacional en

lo que a dicha variable se refiere. Hecho que se confirma con la poca existencia de estudios nacionales en torno a la relación entre los determinantes sociales de la salud y la restricción en la participación de las personas con discapacidad.

## Materiales y Método

Se analizaron 6.150 registros del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD) de Manizales (Colombia), la investigación fue aprobada por el comité de investigaciones de la Universidad Autónoma de Manizales, y la información se obtuvo de la secretaria de salud del municipio; el manejo de la misma se realizó conforme a los parámetros de la resolución 08430 de 1993 y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964). Se llevó a cabo un estudio descriptivo con fase correlacional que buscó describir en profundidad los principales determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación) presentes en las personas incluidas en el RLCPD del municipio de Manizales; se hizo uso de la estadística descriptiva, propia de este tipo de estudios. Asimismo, este estudio tuvo una fase correlacional con análisis bivariado, que buscó establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad a través del uso de pruebas de asociación, significancia y dependencia, todo esto a través del paquete estadístico del SPSS 19 versión licenciada por la Universidad Autónoma de Manizales.

## Resultados

Se encontró que el 48.3 % del total de población registrada pertenece al sexo masculino, y el 51.7 % al femenino; la edad promedio en hombres es de 40.5 años +/- 26.3 años, y en mujeres es de 48.9 años +/- 24.6 años ubicándose en la etapa de la adultez media y la vejez. El rango de edad está comprendido entre 0 años y 105 años (Tabla 1).

Tabla 1.  
*Determinantes estructurales relacionados con sexo y edad.*

Determinante estructural	F	%
<b>Edad</b>		
Infancia	1.294	21.0 %
Juventud	651	10.6 %
Adultez joven	596	9.7 %
Adultez media	1.954	31.8 %
Vejez	1.655	26.9 %
<b>Sexo</b>		
Masculino	2.969	48.3 %
Femenino	3.181	51.7 %

Tabla 2.  
*Determinantes estructurales relacionados con raza, tipo de área y estrato.*

Determinante estructural	F	%
<b>Raza</b>		
Negro afrodescendiente	33	0.5 %
Indígena	17	0.3 %
Mestizo	5.759	93.6 %
Otros	32	0.5 %
<b>Tipo de área</b>		
Cabecera	5.452	88.7 %
Centro poblado	304	4.9 %
Rural disperso	394	6.4 %
<b>Estrato socioeconómico</b>		
1	1.605	26.1 %
2	2.451	39.9 %
3	1.650	26.8 %
4	296	4.8 %
5	79	1.3 %
6	69	1.1 %

El mayor porcentaje de la población registrada (88.7 %) está ubicada en la cabecera municipal, el 6.4 % se encuentra ubicada en el área rural y el 4.9 % se ubica en el centro poblado. El 93,6 % pertenece al grupo étnico mestizo. Con relación al determinante estrato socioeconómico, el 39.9 % de las personas registradas se ubican en estrato 2; el 26.8 % en el estrato 3, y en el estrato 1 el 26.1 % de la población (Tabla 2).

En cuanto al nivel educativo, el 49.2 % ha cursado básica primaria y el 23.5 % de la población no ha accedido a ningún tipo de formación educativa.

En lo referente al conocimiento del origen de la discapacidad, el 34.7 % de las personas no sabe cuál es el origen de su discapacidad; un 25.4 %, asegura que el origen de su discapacidad es consecuencia de una enfermedad general; el 13.6 % refiere que el origen de su discapacidad es consecuencia de una alteración genética o heredada, y finalizando, el 8 % manifiesta que su discapacidad es consecuencia de accidentes (Tabla 3).

Tabla 3.  
*Determinantes estructurales relacionados con el origen de la discapacidad.*

Determinante estructural	F	%
<b>Nivel educativo</b>		
Preescolar	370	6 %
Primaria	3.035	49.2 %
Bachillerato	1.027	16.7 %
Técnico/Tecnológico	76	1.3 %
Universidad	77	1.2 %
Postgrado	30	0.5 %
Ninguno	1.445	23.5 %
Edad no escolar (0-2 años)	28	0.5 %
No hay respuesta	62	1.0 %
Total	6.150	100.0 %
<b>Origen de la discapacidad</b>		
condiciones de salud de la madre durante el embarazo	166	2.7 %
complicaciones en el parto	363	5.9 %
enfermedad general	1.565	25.4 %
alteración genética, hereditaria	836	13.6 %
lesión auto infligida	19	0.3 %
enfermedad profesional	172	2.8 %
consumo de psicoactivos	124	2.0 %
desastre natural	6	0.1 %
Accidente	491	8.0 %
víctima de violencia	130	2.1 %
conflicto armado	15	0.2 %
dificultades en la prestación de servicios de salud	57	0.9 %
Otra causa	73	1.2 %
No sabe cuál es el origen de su discapacidad	2.133	34.7 %

En lo referente al tipo de afiliación más frecuente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 62.8 % pertenece al régimen subsidiado, y 26.6 % al contributivo y un 5.7 % no está afiliado al SGSSS (Tabla 4).

Tabla 4.  
*Determinantes estructurales relacionados con la afiliación al SGSSS.*

Determinante estructural	F	%
<b>Tipo de afiliación al SGSSS</b>		
Contributivo	1.636	26.6 %
Subsidiado	3.865	62.8 %
Régimen especial	80	1.3 %
Vinculado	186	3.0 %
Ninguno	350	5.7 %
No sabe	14	0.2 %
Total	6.150	100.0 %

Entre las alteraciones (deficiencias) más comunes se destacan las del movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas con 44.7 %; las alteraciones permanentes del sistema nervioso con 43.3 % y en tercer lugar las del sistema cardiorrespiratorio y defensas con 40.5 %. Asimismo, se encontró que el 52 % de las personas registradas tienen dificultades permanentes (limitaciones) para pensar y memorizar, y el 50.2 % presenta dificultades para caminar, correr y saltar (Tabla 5).

Los determinantes estructurales relacionados con las barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía indican que las barreras físicas más comunes se encuentran en las calles y vías con el 46.7 %. En referencia a barreras actitudinales, el mayor porcentaje es del 79.3 % de personas registradas que no perciben actitudes negativas de parte de ninguna persona a su alrededor. Y en referencia a la participación en actividades, la mayor participación se registró en actividades religiosas y espirituales con 68.8 %, y en actividades con la familia y amigos el 66.3 %; contrario a esto el 16.5 % manifestó no participar en ninguna actividad constituyéndose así en un conjunto de personas con restricción en la participación social. Otro dato importante frente a la participación es que el 78.3 % de las personas registradas no participan en organización alguna (Tabla 6).

Tabla 5.  
*Determinantes estructurales según alteraciones y dificultades permanentes.*

Determinante estructural	F	%
<b>Tipo de alteración permanente en</b>		
El sistema nervioso	2.667	43.3 %
Los ojos	2.031	33.0 %
Los oídos	1.159	18.8 %
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	220	3.6 %
La voz y habla	919	14.9 %
El sistema cardiorrespiratorio y defensas	2.492	40.5 %
La digestión, el metabolismo y hormonas	1.320	21.5 %
El sistema genital y reproductivo	668	10.9 %
El movimiento, cuerpo, manos, brazos y piernas	2.748	44.7 %
La piel	430	7.0 %
Otras alteraciones	126	2.0 %
<b>Dificultades permanentes para</b>		
Pensar, memorizar	3.199	52.0 %
Para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	1.694	27.5 %
Oír aun con aparatos especiales	905	14.7 %
Distinguir sabores u olores	248	4.0 %
Hablar y comunicarse	1.123	18.3 %
Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	2.145	34.9 %
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	1.209	19.7 %
Retener u expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	773	12.6 %
Caminar, correr, saltar	3.088	50.2 %
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	447	7.3 %
Relacionarse con las demás personas y el entorno	941	15.3 %
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	989	16.1 %
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	820	13.3 %
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	525	8.5 %
Otras	291	4.7 %

Tabla 6.  
*Determinantes estructurales según barreras para la participación en actividades.*

Determinante	F	%
<b>Barreras</b>		
Barreras en el dormitorio	383	6.2 %
Barreras en sala comedor	360	5.9 %
Barreras en baño-sanitario	892	14.5 %
Barreras en escaleras	2.654	43.2 %
Barreras en pasillos-patios	902	14.7 %
Barreras en andenes, aceras	1.417	23.0 %
Barreras en calles, vías	2.875	46.7 %
Barreras en parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	1.205	19.6 %
Barreras en paraderos, terminales de transporte	1.299	21.1 %
Barreras en vehículos de transporte público	1.660	27.0 %
Barreras en centros educativos	901	14.7 %
Barreras en lugares de trabajo	535	8.7 %
Barreras en centros de salud, hospitales	691	11.2 %
Barreras en centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	921	15.0 %
Otras	332	5.4 %
Ninguna	1.404	22.8 %
<b>Actitudes negativas de</b>		
Familiares	545	8.9 %
Amigos, compañeros	498	8.1 %
Vecinos	278	4.5 %
Funcionarios, empleados	140	2.3 %
Otras personas	169	2.7 %
Nadie	4.876	79.3 %
<b>Participa en actividades</b>		
Con la familia y amigos	4.078	66.3 %
Con la comunidad	2.418	39.3 %
Religiosas o espirituales	4.234	68.8 %
Productivas	1.256	20.4 %
Deportivas o de recreación	1.811	29.4 %
Culturales	1.500	24.4 %
Educación no formal	419	6.8 %
Ciudadanas	2.397	39.0 %
Otras	161	2.6 %
Ninguna	1.013	16.5 %
<b>Actualmente participa en alguna organización</b>		
Si	644	10.5 %
No	4.813	78.3 %

En cuanto a los determinantes intermedios relacionados con las condiciones materiales del trabajo, el 24.7 % se encuentran incapacitados permanentemente para trabajar y no cuentan con pensión; el 18.9 % ha estado realizando oficios en el hogar, en tercer lugar, un 7 % de personas laboran en otras actividades. En torno al tipo de contrato, el 11.5 % no tienen ningún contrato laboral; en lo referente

al rol que desempeña en su trabajo, el 5.7 % son trabajadores por cuenta propia, seguido del 3.9 % quienes se desempeñan como obreros o empleados particulares. Confirmando esto, el 76.1 % respondió que ha visto afectada su la capacidad para el trabajo como consecuencia de su discapacidad. Para concluir, se señala que el 83 % de las personas ganaban menos de un SMMLV (Tabla 7).

Tabla 7.  
*Determinantes intermedios relacionados con las condiciones materiales de trabajo.*

Determinantes intermedios	F	%
<b>Situación laboral de los últimos 6 meses</b>		
Trabajando	953	15.5 %
Buscando trabajo	139	2.3 %
Incapacitado permanente para trabajar-sin pensión	1.522	24.7 %
Incapacitado permanente para trabajar-con pensión	177	2.9 %
Estudiando	902	14.7 %
Realizando oficios del hogar	1.164	18.9 %
Recibiendo renta	28	0.5 %
Pensionado, jubilado	110	1.8 %
Realizando actividades de consumo	25	0.4 %
Niños (no escolarizados, personas que por su grado de discapacidad no trabajan)	700	11.3 %
Otra actividad	430	7.0 %
<b>Total</b>	<b>6.150</b>	<b>100.0 %</b>
<b>Contrato de trabajo</b>		
A término fijo	127	2.1 %
A término indefinido	83	1.3 %
Sin contrato	707	11.5 %
Edad no laboral	1.639	26.7 %
No hay respuesta	3.594	58.4 %
En el trabajo se desempeña como		
Obrero-empleado del gobierno	87	1.4 %
Obrero-empleado particular	237	3.9 %
Jornalero o peón	92	1.5 %
Patrón o empleador	3	0 %
Trabajador independiente por cuenta propia	348	5.7 %
Empleado (a) domestico (a)	147	2.4 %
Trabajador familiar sin remuneración	10	0.2 %
No hay respuesta	5.226	85.0 %
<b>Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad</b>		
Si	4.683	76.1 %
No	734	11.9 %
No hay respuesta	71	1.2 %
No aplica (personas que por su edad o grado de discapacidad no aplican para esta opción)	662	10.8 %
<b>Ingreso mensual promedio año 2005</b>		
1 a 426.000	1.385	22.5 %
426.100 a 852.000	317	5.2 %
852.100 a 1'278.000	18	0.3 %
1'278.100 a 1'704.000	14	0.2 %
1'704.100 a 2'130.000	7	0.1 %
2'130.100 y más.	29	0.5 %
No devengan salario	4.380	71.2 %
<b>Total</b>	<b>6.150</b>	<b>100.0 %</b>



Con relación a la asistencia actual a rehabilitación, el 67.4 % respondió que sí asistía, y el 32,6 % que no. Pudo conocerse que el 77.4 % de las personas manifiesta que no se ha recuperado de la discapacidad, y el 22.6 % afirma que sí. De estos últimos, el 12 % atribuye su recuperación a los servicios de salud recibidos. El tipo de rehabilitación más ordenado son los medicamentos permanentes, con 57.6 % (Tabla 7A).

Tabla 7A.  
*Determinantes intermedios relacionados con rehabilitación.*

Determinantes intermediarios	F	%
<b>Asiste actualmente a rehabilitación</b>		
Si	4.145	67.4 %
No	2.005	32.6 %
Total	6.150	100.0 %
<b>Recuperación de la discapacidad</b>		
Si	1.389	22.6 %
No	4.761	77.4 %
Total	6.150	100.0 %
<b>Factores de recuperación</b>		
Los servicios de salud y servicios recibidos	740	12.0 %
Apoyo familiar	145	2.4 %
Empeño por salir adelante	113	1.8 %
A Dios	241	3.9 %
Medicina alternativa	13	0.2 %
Otro	12	0.2 %
<b>Tipo de rehabilitación prescrito</b>		
Medicina física y de Rh	632	10.3 %
Psiquiatría	660	10.7 %
Fisioterapia	1.234	20.1 %
Fonoaudiología	884	14.4 %
Terapia ocupacional	730	11.9 %
Optometría	1.085	17.6 %
Psicología	1.078	17.5 %
Trabajo social	501	8.1 %
Medicamentos permanentes	3.542	57.6 %
Otro tipo de rehabilitación	968	15.7 %
Ninguno	601	9.8 %

Para el caso de las personas que asisten a rehabilitación se encontró que el SGSSS costea los servicios de rehabilitación al 53.2 %, y al 0,1 % el

empleador. En cuanto al tipo de establecimiento donde recibe la rehabilitación, el 52.8 % lo hace en un establecimiento público, y el 13.8 % en un establecimiento privado. De todas las personas que han asistido en algún momento al servicio de rehabilitación, solo el 17.1 % terminó su tratamiento, mientras que el 40.5 % no terminó su rehabilitación por falta de dinero, siendo este el porcentaje más alto (Tabla 7B).

Tabla 7B.  
*Determinantes intermedios relacionados con asumir costos de rehabilitación.*

Determinantes	F	%
<b>¿Quién paga la rehabilitación?</b>		
SGSSS	3274	53.2
Familia	428	7.0
Personalmente	71	1.2
ONG	13	0.2
Empleador	8	0.1
Otro	333	5.4
No hay respuesta	2023	32.9
Total	6150	100.0
<b>Tipo de establecimiento de rehabilitación</b>		
Público	3246	52.8
Privado	846	13.8
No sabe	53	0.9
No asiste a rehabilitación	2005	32.6
<b>¿Por qué no recibe rehabilitación?</b>		
Ya terminó la rehabilitación	336	17.1
Cree que ya no lo necesita	199	10.1
No le gusta	132	6.7
Falta de dinero	798	40.5
Lejanía del centro de atención	50	2.5
No hay quien lo lleve	32	1.6
No sabe	423	21.5
Total	1970	32.0

## Determinantes estructurales e intermedios vs. deficiencia y limitación

En cuanto al análisis bivariado cabe clarificar que, al tratar de identificar la posible asociación entre los determinantes estructurales y los componentes de la discapacidad tales como alteración permanente (deficiencia) y limitación en la actividad (limitación), estos componentes se presentan como constantes, aspecto que impide la

realización de pruebas de asociación, significancia o dependencia, puesto que al no presentarse cambios en los componentes de la discapacidad (alteración y limitación) no es posible establecer variaciones concomitantes.

## Determinantes sociales estructurales vs. restricción en la participación

Las variaciones concomitantes sí permitieron el uso de pruebas estadísticas de asociación, significancia y dependencia. Por tanto, se encontró que no existe asociación entre el determinante estrato y la restricción en la participación ( $p: .444$ ), pero sí la hay entre el área de residencia y restricción en la participación ( $X^2: 25.9, p: .000$ ), el coeficiente de contingencia (.065), señala que estas variables tienen una relación de dependencia proporcional baja o nula.

Pudo establecerse que existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y la restricción en la participación ( $X^2 1627.81, p: .000$ ), la dependencia entre las variables se confirmó a través de la aplicación del coeficiente de contingencia (.457) lo cual indica una dependencia proporcional moderada. Se encontró asociación entre sexo y restricción en la participación ( $X^2: 31.02, p: .000$ ), no obstante, la prueba de dependencia del coeficiente de phi (-071), evidencio una dependencia inversa baja o nula. Existe también asociación entre el último nivel educativo y la restricción en la participación ( $X^2: 242.59, p: .000$ ), el coeficiente de contingencia (.195) indica una dependencia proporcional baja o nula. En cuanto a la participación en organizaciones y la restricción en la participación ( $X^2: 14.33, p: .000$ ), también están asociados el coeficiente phi (-.051), que indicó una dependencia inversa baja o nula.

Existe asociación entre el determinante barreras arquitectónicas y restricción en la participación ( $X^2: 110.23, p: .000$ ), la dependencia entre las variables es inversa, baja o nula conforme a los datos del coeficiente phi (-.134). Las actitudes negativas y la restricción en la participación se asocian ( $X^2: 20.08, p: .000$ ); la dependencia

entre estas se comprobó a través del coeficiente phi (-.057), lo cual evidencia dependencia inversa baja o nula.

Se evidenció que existe asociación entre el conocimiento del origen de la discapacidad y la restricción en la participación ( $X^2: 59.35, p: .000$ ), la dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente phi (.098) lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula. Y finalmente, existe asociación estadísticamente significativa entre el determinante grupo étnico y la restricción en la participación ( $X^2: 791.34, p: .000$ ), el coeficiente de contingencia (.338) indica una dependencia proporcional baja (Tabla 8).

## Determinantes sociales intermedios y restricción en la participación

Se encontró asociación entre el tipo de afiliación al SGSSS y restricción en la participación ( $X^2: 7.43, p: .024$ ). La dependencia entre estos se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.035), lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula.

Existe asociación entre el determinante actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses y restricción en la participación ( $X^2: 3937.81, p: .000$ ), el coeficiente de contingencia (.111) indica una dependencia proporcional baja o nula. Asimismo, entre el ingreso mensual promedio y restricción en la participación ( $X^2: 237.51, p: .000$ ), se encontró asociación. La dependencia entre estos fue proporcional baja o nula, con un coeficiente de contingencia (.193). Existe asociación estadísticamente significativa entre la actividad económica actual y restricción en la participación ( $X^2: 436.54, p: .000$ ). La dependencia se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.382) evidenciando una dependencia proporcional baja o nula.

Se encontró asociación entre el tipo de vivienda y la restricción en la participación ( $X^2: 24.335, p: .000$ ). Su dependencia fue proporcional baja o nula, con un coeficiente de contingencia (.063).

Tabla 8.  
*Determinantes estructurales vs. restricción en la participación.*

Determinantes	%	X <sup>2</sup>	p	Coficiente
<b>Estrato</b>				
Bajo	16.1 %			
Medio	16.9 %	1.62	.444	
Alto	19.6 %			
<b>Clasificación del área</b>				
Cabecera	17.3 %			
Centro poblado	10. %	25.99	.000	Contingencia .065
Rural disperso	9.4 %			
<b>Edad</b>				
Infancia	53.4 %			
Juventud	5.4 %			
Adulto Joven	6.7 %	1627.81	.000	contingencia .457***
Adulthood Madura	5.9 %			
Vejez	7.9 %			
<b>Sexo</b>				
Masculino	19.2 %	31.022	.000	Phi= -.071
Femenino	13.9 %			
<b>Actualmente participa en alguna organización</b>				
Si	2.6 %	14.33	.000	Phi= -.051
No	6.4 %			
<b>Barreras en vivienda o entorno físico</b>				
Si	13.7 %	110.23	.000	Phi: -.134
No	25.6 %			
<b>Barreras actitudinales</b>				
Si	15.4 %	20.08	.000	Phi: -.057
No	20.7 %			
<b>Sabe cuál es el origen de la discapacidad</b>				
Si	13.8 %	59.35	.000	Phi= .098
No	21.5 %			
<b>Último nivel de estudios aprobado</b>				
Ninguno	18.9 %			
Primaria	18.3 %			
Bachillerato	4.7 %	242.59	.000	Contingencia .195
Superior	9.3 %			
No hay respuesta	58.9 %			
<b>Grupo étnico</b>				
Negro afrodescendiente	12.1 %			
Indígena	35.3 %	791.34	.000	Contingencia .338***
Mestizo u otro diferente	13.2 %			
Otro	40.6 %			

\*\*\*asociación estadísticamente significativa

También se encontró asociación entre condición de tenencia de la vivienda y restricción en la participación ( $X^2$ : 40.46,  $p$ : .000), y su dependencia se comprobó a través del coeficiente de contingencia (.081) lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula.

No se encontró asociación entre recuperación de la discapacidad y restricción en la participación ( $X^2$ : .533,  $p$ : .464), tampoco se encontró asociación entre los factores de recuperación y la restricción en la participación ( $X^2$ : .108,  $p$ : .780). Existe asociación entre el tipo de rehabilitación

ordenada (Terapias) y la restricción en la participación ( $X^2$ : 39.66,  $p$ : .000). La dependencia se comprobó a través del coeficiente phi (.081) indicando dependencia proporcional baja o nula. Pudo observarse asociación entre el tipo de rehabilitación ordenada (Medicamentos) y restricción en la participación ( $X^2$ : 197.61,  $p$ : .000). Y la dependencia entre estos a través del coeficiente phi (-.180), que indica una dependencia inversa baja o nula. Por otra parte, no se encontró asociación entre otro tipo de rehabilitación ordenada y restricción en la participación ( $X^2$ : .705,  $p$ : .401). En contraste, sí se encontró asociación entre el determinante de asiste actualmente a rehabilitación y la restricción en la participación ( $X^2$ : 5.76,  $p$ : .016), la dependencia se comprobó a través del coeficiente de phi (-.031), dependencia inversa baja o nula.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de establecimiento donde recibe la rehabilitación y la restricción en la participación ( $X^2$ : 30.78,  $p$ : .000). El coeficiente de contingencia (.071), lo cual indica una dependencia proporcional baja o nula (Tabla 9).

## Discusión

Los resultados de este proyecto permitieron establecer que, para el municipio de Manizales, el sexo fue uno de los determinantes estructurales de mayor prevalencia en las personas con discapacidad incluidas en el registro. Las deficiencias y limitaciones permanentes son más prevalentes en el sexo femenino, hallazgo que coincide con el estudio de Rodríguez (2010) sobre “Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia”, y el estudio de Cruz y Hernández (2008) “Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes”, quienes encontraron que existe una menor probabilidad de presentar un buen estado de salud si se pertenece al sexo femenino. Según los resultados de Tovar y García (2003), el ingreso está siendo un aspecto que se relaciona con las diferencias en la condición de salud entre hombres y mujeres, en tanto que se comprobó que a medida que se incrementa

el ingreso aumenta la probabilidad que tanto hombres como mujeres presenten un mejor estado de salud, sin embargo, la probabilidad, es aún mayor para los hombres que para las mujeres.

En el estudio de Obando, Lasso y Vernaza (2006) en el Departamento del Cauca se registraron más hombres que mujeres, de igual manera, en la investigación de Hernández y Hernández (2005) se encontró que la discapacidad se presenta más en el sexo masculino; los autores manifiestan que esto podría estar relacionado con actividades laborales más riesgosas, la mayor participación en el conflicto armado y la exposición a factores relacionados con los hábitos de vida y el consumo; esos hallazgos difieren de los resultados de la presente investigación, debido que si bien el sexo masculino es quien presenta mayor frecuencia de enfermedades profesionales (103 registros) la principal causa a la que se atribuye la deficiencia es la enfermedad general (25.4 %) y no el conflicto armado (0.2 %), siendo este el porcentaje más bajo de todas las causas de las personas registradas en Manizales. Tales diferencias entre resultados pueden deberse a que la investigación de Hernández y Hernández (2005) retomó datos de nueve ciudades del país, en donde los hábitos de vida y consumo nocivos, como también la presencia del conflicto armado, pudieron ser mayores en comparación con Manizales.

En los datos de los registros de Manizales (Dane, 2006), los dos rangos de edad con mayor porcentaje de personas con deficiencias y limitaciones fueron de 0 hasta los 14 años de edad (21 %), y de los 65 años en adelante (58.7 %), los datos sugieren que la discapacidad se concentra en el grupo de mayores de la adultez media y la vejez, lo cual podría responder a la transformación poblacional en términos del aumento paulatino que ha tenido este grupo etario en las últimas décadas, como lo han afirmado Cruz y Hernández (2008), también podría deberse a los cambios degenerativos que se dan llegado a esta etapa del ciclo vital, aunado a ello las enfermedades propias de la vejez que podrían exacerbar los procesos propios de envejecer con discapacidades o de generar discapacidades.

Tabla 9.  
*Determinantes intermediarios x restricción en la participación.*

Determinante	%	X2	P	Coefficiente
<b>Afiliación a SSSG</b>				
Sin afiliación	20.0 %			
Afiliado	15.9 %	7.436	.024	Contingencia .035
No sabe/no responde	28.6 %			
<b>Actividad que se encuentra desarrollando en los últimos 6 meses</b>				
Trabajando	8.7 %			
Estudiando	12.4 %	68.382	.000	Contingencia .111
Otros	10.5 %			
<b>Trabajo realizado</b>				
Obrero	2.5 %			
Patrón	0 %	124.805	.000	Contingencia .141
Incapacitado	6.1 %			
Sin trabajo	18.7 %			
<b>Capacidad para trabajo afectada por discapacidad</b>				
Si	6.2 %			
No	3.7 %	7.280	.007	Phi: .037
<b>Ingreso mensual promedio</b>				
Sin salario	90.1 %			
Menos de un salario mínimo, hasta 3 salarios mínimos	8.3 %	237.51	.000	Contingencia .193
Más de tres salarios mínimos	1.6 %			
<b>Actividad económica actual</b>				
Industria	3.3 %			
Comercio	3.8 %			
Agrícola	1.5 %	3.362	.644	
Pecuaria	0 %			
Servicios	17.6 %			
Otra	3.5 %			
<b>Tipo de vivienda</b>				
Casa	17.2 %			
Institución	10.0 %	24.357	.000	Contingencia .063
Otro tipo de vivienda	5.3 %			
<b>Recuperación de la discapacidad</b>				
Si	17.1 %			
No	16.3 %	.533	.465	
<b>Factores de recuperación</b>				
Los servicios de salud y medicina alternativa	17.5 %			
Apoyo familiar, empeño por salir adelante, a Dios	15.4 %	16.930	.005	Contingencia .115
Otro	16.7 %			
<b>Tipo de rehabilitación ordenada</b>				
Terapias	18.8 %	39.660	.000	Phi .081
Medicamentos	10.6 %	197.61	.000	Phi -.180
Otro tipo de Rh	15.4 %	.705	.401	
<b>Asiste actualmente a rehabilitación</b>				
Si	15.7 %			
No	18.1 %	5.767	.016	Phi: -.031
<b>Tipo de establecimiento de rehabilitación</b>				
Publico	14.2 %			
Privado	21.3 %	26.678	.000	Phi: -.079

Se ratificaron las estimaciones de la OMS (2007) que sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, tienen más limitaciones en actividades de la vida diaria (mujeres de las áreas urbanas más que mujeres de áreas rurales) y que también pueden esperar vivir más años que los hombres a pesar de la discapacidad y las limitaciones funcionales.

En lo que al determinante educación se refiere para el municipio de Manizales, se encontró que un alto porcentaje de las personas con discapacidad registradas tienen niveles educativos bajos y otros ni siquiera han accedido a la educación formal. Similares resultados arrojó el estudio de Cruz y Hernández (2008) para el caso de Bogotá. La mayoría de las personas registradas en Manizales viven en la cabecera municipal, pertenecen al estrato socioeconómico 1 y 2, datos muy similares fueron encontrados en la ciudad de Bogotá por Cruz y Hernández (2008). Al respecto de esta situación, Hernández y Hernández (2005) señalan que el riesgo relativo de tener discapacidad es 12 veces mayor en los hogares clasificados como pobres que en los no pobres.

Con respecto al origen de la discapacidad, en Manizales como consecuencia de enfermedad general ocurrieron la mayoría de los casos, resultado que difiere de los presentados por Hernández y Hernández (2005) quienes encontraron que son los traumatismos, la violencia y los problemas del desarrollo las causas con mayor presencia.

También, los resultados de la presente investigación arrojaron que en su mayoría son adultos mayores de 65 años los que presentan discapacidad, y por su condición unida al proceso natural de envejecimiento pueden presentar mayores probabilidades de tener problemas de salud, como lo asevera el Informe mundial sobre la discapacidad (2011) de la OMS, además afirma que a medida que aumenta la edad aumenta la restricción en la participación social. Esto converge con los análisis estadísticos de Tovar y García (2003) y Rodríguez (2010) para Colombia, en los que se halló que al aumentar la edad aumenta la probabilidad de presentar un problema de salud y que la población sin seguro y la subsidiada es la más vulnerable ante la

presencia de un problema de salud. Con respecto a vivir en zona urbana y contar con mejor estado de salud, se encontró que la mayoría de personas con discapacidad vive en la cabecera municipal en Manizales. Lo cual difiere con los resultados de Tovar y García (2006) y Rodríguez (2010) quienes señalan que existe una relación positiva entre el hecho de vivir en una zona urbana y gozar de un buen estado de salud.

Por otro lado, frente a los determinantes intermedios, particularmente el tipo de afiliación a SGSSS en Manizales, un alto número de la población del RLCPD está afiliada al régimen subsidiado. Esta situación es preocupante, si se toma en cuenta que frente al tipo de afiliación al SGSSS, Tovar y García (2006) encontraron que en diversas zonas del país, el no estar afiliado al sistema de salud, o estar afiliado mediante el régimen subsidiado, tenían efectos negativos sobre la salud, y que por ende quienes presentan mejores estados de salud son aquellas personas que pertenecen al régimen contributivo y al régimen especial. Lo anterior ratifica lo expuesto por Rodríguez (2010), quien manifiesta que “la ausencia de una buena participación al SGSSS repercute en el estado de salud, en muchas ocasiones, inhabilita a los individuos y las familias para lograr el desarrollo personal y la mejora de procesos de recuperación de dolencias”.

La esfera laboral de las personas del registro presenta también datos preocupantes, en tanto que con todo lo dicho puede entenderse que la incapacidad permanente para trabajar sin pensión reduce la posibilidad de obtener mejores condiciones económicas y de salud, e igualmente dificulta el ascenso en la estructura social, aunado a ello, cabe resaltar que la principal causa por la cual las personas del RLCPD no recibe rehabilitación es la falta de dinero. Al respecto, otro estudio de Tovar (2005), señala que “existe relación positiva entre el ingreso promedio del hogar y los mejores estados de salud”. Así, la probabilidad de que cuando el ingreso promedio del hogar aumenta, una persona demanda menos atención en salud porque la salud mejora (Tovar, 2005).

En cuanto al determinante intermediario barreras, en Manizales priman las barreras arquitectó-

nicas en calles y vías, situación que invita a prestar mayor atención a los espacios públicos y la accesibilidad, en cuanto al seguimiento que debe darse a la normatividad existente para construcción y urbanismo, lo que debe ir de la mano de un diseño universal que permita a todos por igual el uso de distintos espacios, pues se constituye de lo contrario en limitante para la participación social. Y sobre barreras actitudinales, en la ciudad de Bogotá, según Cruz y Hernández (2010), las personas declararon no sentir afectadas sus actividades diarias como consecuencia de actitudes negativas provenientes de personas a su alrededor, al igual que en Manizales, sin embargo, sí conviven con este tipo de actitudes negativas que provienen de familiares en su mayoría.

Todo lo anterior hace referencia clara a lo expuesto en los estudios de Vargas (2006) y Álvarez (2009), en los que señalan que las personas que viven en hogares de ingresos más bajos tienen tendencia cuatro veces mayor a describir su salud como regular o mala que aquellos que viven en los hogares con ingresos más altos. Como lo señala Rodríguez (2010), la población pobre es la más vulnerable ante la presencia de un problema de salud y la ausencia de dinero continúa siendo una de las principales barreras para acceder a los servicios de salud, servicios de recreación y desarrollo humano en general, por ello, y para subsanar esto, se sugiere que haya una política de crecimiento económico que “reduzca las inequidades en la distribución del ingreso que lleve a mejores niveles de salud y de participación de la población” (Álvarez, 2009).

## Conclusiones

Son cuatro los aspectos de mayor importancia para establecer la relación existente entre los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) y los componentes de la discapacidad (deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación). En primer lugar, el nivel educativo alcanzado debido al estrato socioeconómico por tipo de trabajo y salarios, junto a tipo de discapacidad y limitación; en segundo lugar, la baja cobertura de afiliación a la seguri-

dad social; tercero, el costo de los servicios y las barreras económicas como determinantes principales del acceso; y cuarto, las inequidades en el acceso de todos los anteriores.

La situación se torna más compleja para los discapacitados no afiliados al SGSSS, pues la falta de dinero es la razón para no utilizar el servicio de salud y rehabilitación a pesar de tener la necesidad, lo que obliga a revisar las barreras que siguen imponiéndose desde el punto de vista financiero a quienes cuentan con la afiliación, dado que al interior de la población asegurada se siguen presentando limitantes de acceso y más aún, estas limitaciones impactan de manera más importante a la población pobre sin capacidad de pago de la que hace parte la población estudiada, por ejemplo en el elevado costo de cuotas moderadoras por la prestación del servicio.

Los autores expresan sus agradecimientos a la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Manizales por permitir el acceso a la base de datos que hizo posible la realización de este trabajo.

## Referencias

- Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerenc. Polit. Salud*, 8(17), 69-79.
- Cruz, I. & Hernández, J. (2008). Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. *Revista Cienc. Salud*, 6(3), 23-35. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732008000300003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732008000300003&lng=en).
- Cuervo, C., Trujillo, A., Vargas, D., Mena, B., & Pérez, L. (2005) *Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Declaración de Helsinki de la 18ª Asamblea Médica Mundial. (1964). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Helsinki, Finlandia. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de censos y demografía. DANE. (2006). *Información sobre Discapacidad*. Manizales: Secretaria de Salud.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2009). *La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico*. Fundación Santa Fe de Bogotá, editor. Recuperado de <http://mesadesplazamiento-ydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009.pdf>
- Hernández, J. & Hernández, I. (2005). Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*. Recuperado de <http://www.docentes.unal.edu.co/idhernandezu/docs/janeth%20e%20ivan%20hernandez%20costos%20de%20oportunidad%20de%20la%20discapacidad%20en%20colombia.pdf>
- Obando, L. M., Lasso, A. E., & Vernaza, P. (2006). Discapacidad en población desplazada en el Cauca, Colombia. *Revista de Salud Pública 8182-190*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42280206>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health*. In: *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva. Recuperado de [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)
- Rodríguez, S. (2010). *Barreras y determinantes del Acceso a los servicios de salud en Colombia*. [Tesis] Departament d'Economia Aplicada. Universitat Autònoma de Barcelona. E-08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès). Recuperado de <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>
- Tovar, L. M. (2005) Determinantes del estado de salud de la población colombiana. *Economía, gestión y desarrollo. Rev. Econ. Ed. Universidad Javeriana: Bogotá, 1(3)*, 125-151. Recuperado de [http://revistaeconomia.puj.edu.co/revista\\_3/6.pdf](http://revistaeconomia.puj.edu.co/revista_3/6.pdf)
- Tovar, L. M., García, G. (2003). El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia. *Lecturas de Economía, 177-208*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=155213357006>
- Tovar, L. M., & García, G. A. (2006). *La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida*. [Libro en línea] En publicación: Documento de Trabajo No. 90. Colombia: CIDSE (Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica): Colombia. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cidse/Doc90.Pdf>