

Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes

The Magnitude of disability in Colombia: an approach to its determinants

Israel Cruz-Velandia,¹ Janeth Hernández-Jaramillo²

Resumen

En las últimas tres décadas han sido formuladas distintas metodologías de estimación de las condiciones de salud en el mundo, en términos de conocer la carga global y particular de la morbilidad y la discapacidad, y de estimar la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la salud pública. En Colombia, el avance más significativo en relación con la discapacidad es el *Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad*, elaborado por el DANE¹ en 2003. La presente investigación usó los datos del Registro, analizó los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF² con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad. El análisis secundario proviene de los datos de 86.622 registros (DANE³, 2005-2006), de las 20 localidades del Distrito Capital de Bogotá. Las variables fueron seleccionadas por conveniencia, obedeciendo a referentes empíricos de los factores determinantes de la CIF² que se relacionan con los módulos del Registro sobre localización y vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación y participación. Se obtuvieron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y porcentuales para cada una de las variables. El análisis global por grupos de factores, personales y ambientales, sugiere un mayor peso de los segundos en la generación

y exacerbación de la discapacidad, en la medida en que responden a determinantes relacionadas con modos y condiciones de vida asociados a los servicios, sistemas y políticas.

Palabras clave: discapacidad, exclusión social.

Summary

In the last three decades many methods have been proposed in order to calculate the world's health condition, in terms of knowing the whole and particular burden of morbidity and disability and to estimate the efficacy of the interventions made in public health. In Colombia, the most significant progress made in terms of disability is the "Registry for Locating and Characterize People with Disability", made by the DANE¹ in 2003. The investigation used the data from the registry and analyzed the contextual environmental, personal and social factors in the CIF², in order to identify which were the determinants of disability.

Recibido: 4 de junio de 2008

Aceptado: 25 de agosto de 2008

¹ Fisioterapeuta MSc en Educación, Universidad Javeriana, PhD en Salud Colectiva, Universidad del Estado de Río de Janeiro. Profesor principal, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario. Correo electrónico: icruz@urosario.edu.co.

² Fonoaudióloga, MSc en Discapacidad e Inclusión Social, Universidad Nacional de Colombia. Profesora auxiliar, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario. janeta@aolpremium.com.

A secondary analysis comes from the data from 86.622 registries (DANE (3), 2005-2006), from the twenty sectors contained in the Distrito Capital de Bogotá. The variables were selected by convenience, following empiric referents of the determinant factors for the CIF (2) that were related to the registry modules about localization and residence, personal identification, characterization and origin of the disability, health, education and participa-

tion. Frequency distributions were obtained in percentage and absolute values for each variable. The global analysis for cluster of personal and environmental factors suggests that the latter have a bigger weight in the generation and exacerbation of the disability, as they answer to determinants related to conditions and ways of living associated with services, systems and politics.

Key words: Disability, social exclusion.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad es una variable dependiente que responde a un proceso dinámico que varía en severidad, duración y magnitud. En las últimas tres décadas han sido formuladas distintas metodologías de estimación de las condiciones de salud en el mundo, en términos de conocer la carga global y particular de la morbilidad y la discapacidad, y de estimar la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la salud pública. En el mundo, las medidas más comúnmente usadas en discapacidad incluyen aquellas referidas a las actividades de la vida diaria (1), los años de vida ajustados por discapacidad (2), las clasificaciones internacionales propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5), los censos poblacionales, las encuestas nacionales de calidad de vida y de salud, y las bases de datos de vigilancia epidemiológica(1-2).

Algunas de estas medidas adolecen de información sobre los determinantes socio-ambientales de los procesos de salud y enfermedad; utilizan como unidad de análisis al individuo; y difieren en la conceptualización de la discapacidad y en la forma como se mide en como debe ser medida ésta, en tanto unas la equiparan a con la incapacidad para ejecutar funciones cotidianas,

otras a la inhabilidad para trabajar, o como enfermedad o necesidad de recibir servicios médicos asistenciales.

En Colombia, el avance más significativo en relación con la información sobre discapacidad es el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (DANE¹, 2003). Esta se constituye en es una herramienta técnica tipo encuesta que permite recolectar información para conocer y examinar la situación de la población colombiana con discapacidad, respecto al grado de satisfacción de las necesidades humanas. El diseño conceptual del Registro utiliza los ordenadores de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (2), con relación a las categorías de estructuras y funciones corporales, actividades y participación, y factores ambientales. A pesar de que, tanto la CIF como el Registro le atribuyen una mayor importancia al ambiente físico y social, aún no es claro cómo las condiciones particulares de vida de países como Colombia crean y exacerbaban la discapacidad, ni cuál es el papel del Estado, los gobiernos y la sociedad en su conjunto frente a los derechos, la inclusión y la participación de esta población. Igual tensión existe entre las metodologías de corte cuantitativo y aquellas

aproximaciones cualitativas que deberían incorporar la experiencia o la realidad misma de una persona en situación de discapacidad, su familia y su comunidad.

MÉTODO

El presente informe da cuenta de los avances de investigación del proyecto "Magnitud de la Discapacidad en Colombia" (6), que responde a un enfoque empírico-analítico de tipo descriptivo-correlacional, cuyo fin es la formulación de un Índice de Discapacidad Humana, que permita conocer la dimensión y el impacto de la discapa-

cidad en Colombia. El objetivo de la presente fase de desarrollo del proyecto plantea una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF (2) con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad entre dichos factores. La hipótesis metodológica de agrupación, relación y correlación de variables ha sido formulada a partir de los factores contextuales de la CIF (2) (ambientales y personales).

Tabla 1. Agrupación de los factores contextuales de la CIF. Adaptado de OMS (2)

Factores contextuales		
Factores ambientales		Factores personales
Dominio: Influencia externa Constructo: Efecto facilitador o barrera de característica		
1. Físico	2. Social	3. Actitudinal
Modo y estilo de vida (Condición global)		
Individual <ul style="list-style-type: none"> • Modo de vida • Entorno inmediato del individuo • Modos de vida (Microterritorio) • Hogar • Trabajo • Escuela • Propiedades físicas, materiales del ambiente Entorno físico relacional Factores personales	Social Condiciones: Estructuras sociales formales e informales Servicios o sistemas y políticas	Dominio: Influencia interna Constructo: Efecto de atributo de la persona 1. Estilo de vida Compuesto por características del individuo que no forma parte de las condiciones del estado de salud (Autoestima) Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Género • Raza • Edad • Otros estados de salud • Forma física • Estilos de vida • Hábitos • Estilos de enfrentarse a los problemas • Adaptación • Trasfondo social • Educación • Profesión • Experiencias actuales y pasadas • Patrones de comportamiento • Aspectos psicológico y social
2. Transversales que afectan la estructura, funciones, actividades y la participación.	A. Productos y tecnología: individual	
	B. Entorno natural y cambios generadores en el entorno: individual	
	C. Apoyo y relaciones: individual	
	D. Actitudes: individual	
	E. Servicios, sistemas y políticas: social	

Como objetivos específicos, fueron planteados los siguientes: 1) analizar la estructura y contenido del Registro a la luz de los factores contextuales ambientales personales y sociales propuestos por la CIF (2), 2) realizar un análisis estadístico-descriptivo de los datos del Registro de la submuestra de Bogotá, 3) elaborar un perfil de comportamiento de los datos del Registro por localidad para Bogotá, 4) agrupar las variables del Registro según los factores ambientales contextuales personales y sociales, 5) hacer una correlación entre variables.

Para el presente análisis secundario fueron seleccionados los datos de 86.622 registros (DANE, 2005-2006 (3)) correspondientes a las 20 localidades del Distrito Capital de Bogotá. Las variables del Registro fueron seleccionadas por conveniencia, obedeciendo a posibles descriptores o referentes empíricos de las determinantes de los factores contemplados en la CIF (2) que se relacionan con el registro, de los módulos de localización y vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación y participación. Para cada una de las variables se obtuvieron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y porcentuales.

RESULTADOS

Factores personales

La tabla 2 muestra la distribución absoluta y porcentual por localidad, del total de registros obtenidos entre septiembre de 2005 y octubre de 2006. En términos relativos, esta cifra representa el 1,2% sobre la población total proyectada para el año 2005- DANE (3).

De las condiciones de vida y las características principales del total de personas registradas en Bogotá ($n= 86.622$) se estableció que existen diferencias en número de hombres y mujeres en situación de discapacidad, ya que 36.777 de

ellos son hombres (41,6%) y 49.845, mujeres (56,4%). Esta relación se mantiene en las diferentes localidades, con proporciones superiores en mujeres, que varían entre el 67,5% en Puente Aranda y 52,3% en Ciudad Bolívar.

Se observó que la relación entre el número de hombres y mujeres en situación de discapacidad difiere en los distintos grupos etáreos. Además, la proporción de mujeres fue superior en los grupos de 30 años y más, y la de hombres en los grupos de 0 a 29 años.

Es posible hallar una relación directa entre la prevalencia de la discapacidad y la edad, de manera que aumenta con la edad. En el caso de Bogotá, mientras 72 de cada 1.000 personas de mayores de 60 años están en situación de discapacidad, en los menores de 60 años, la relación es 8 por cada 1.000.

Entre las estructuras y funciones corporales afectadas con mayor frecuencia se encuentran las relacionadas con el movimiento del cuerpo, presentes en el 54,9% de las personas, seguidas por las deficiencias en el sistema nervioso (48,9%), visual (43,8%), cardiorrespiratorio e inmunitario (41,8%), digestivo (23,9%), auditivo (19,1%) y en la voz y habla (17,3%) de las personas registradas.

Por su parte, las deficiencias en el sistema reproductivo (11,5%), las de la piel (5,1%), así como las del olfato, tacto y gusto (4,0%), presentan las menores prevalencias en la población registrada de Bogotá. El 4,7% de las personas refieren poseer "otro" tipo de deficiencias no especificada.

Se observan algunas diferencias en cuanto a la prevalencia de deficiencias entre hombres y mujeres; así, las deficiencias en los sistemas cardiorrespiratorio e inmunitario muestran una mayor prevalencia en mujeres (46,2%) que en hombres (35,9%); lo mismo ocurre, aunque

Tabla 2. Distribución frecuencial de los datos del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, DANE (3), 2005-2006, de los campos: localidad, sexo, edad, nivel educativo, afiliación al sistema de salud, servicios de rehabilitación y personas a cargo

Fact context-ambientales		Sexo-edad					AS		Educación		Estrato						PAC		RHB				
Localidad	Absoluto	%	H	M	% 0-9	% 10-26	% 25-59	% 60+	AS	NAS	BPC	BSC	TRB	1	2	3	4	5	6	<12	>60	SI	NO
Total Bogotá	88.622	100	36.767	49.845	6,72	14,2	36,6	38,3	65.508	21.112	16.276	144	12.069	12.814	37.563	33.863	1.971	12,6	4	7.794	3.435	76.202	10.287
Usaquén	3.950	5	1.617	2.333	7,71	13,3	36,3	29,6	2.863	1.087	739	1	631	731	1.055	2.155	5	0	0	450	186	3.461	475
Chapinero	1.677	2	644	1.033	11,15	16,5	28,5	37,3	1.411	266	267	2	302	391	1.013	48	224	1	0	87	55	1.588	86
Santa Fe	2.606	3	1.165	1.441	5,76	13,1	35,5	40,1	1.917	689	439	7	253	275	2.198	105	6	0	0	309	130	2.207	399
San Cristóbal	7.041	8	2.884	4.157	5,84	12,4	38,3	40,3	5.941	1.100	1.400	7	1.093	750	5.571	710	2	8	0	589	266	6.426	610
Usme	4.362	5	2.049	2.313	7,98	17,8	38,6	33,3	3.721	635	1.320	4	522	2.313	2.034	4	0	0	0	625	203	3.666	696
Tunjuelito	3.707	4	1.574	2.133	4,42	11,2	33,5	45,2	2.886	821	763	4	348	53	2.617	1.032	0	0	0	272	164	3.319	386
Bosa	3.603	4	1.466	2.137	8,58	18,2	46,0	26,0	2.749	854	737	8	852	339	3.256	1	0	0	0	543	154	2.777	820
Kennedy	12.766	15	5.160	7.606	4,97	11,7	37,0	42,6	9.518	3.248	2.570	33	1.725	140	6.574	5993	34	0	1	1.037	555	11.798	946
Fontibón	2.885	3	1.266	1.619	5,06	11,0	33,8	43,4	1.989	896	540	1	339	32	419	2.323	107	0	1	173	82	2.615	264
Engativá	6.632	8	3.114	3.518	6,20	15,2	41,0	32,0	5.032	1.598	1.107	15	765	86	1.426	5.056	49	2	1	494	273	5.606	1.008
Suba	5.785	7	2.748	3.037	8,40	21,4	37,5	28,6	4.105	1.680	837	7	607	87	3.938	1.710	13	31	0	605	273	4.847	921
Barrios Unidos	3.819	4	1.751	2.068	17,26	23,2	21,6	30,0	2.520	1.299	595	11	319	31	42	3.262	442	40	1	124	84	3.659	159
Teusaquillo	1.441	2	621	820	5,83	15,6	30,8	40,0	1.016	425	308	1	184	3	2	301	1.084	51	0	23	28	1.424	17
Mártires	1.801	2	846	955	5,05	9,9	34,8	42,8	1.159	642	340	11	253	37	247	1.512	2	0	0	170	71	1.302	498
Antonio Na-riño	1.897	2	733	1.164	2,64	15,1	29,5	46,2	1.336	561	410	6	280	2	463	1.431	0	0	0	138	51	1.696	194
Puente Aran-da	4.934	6	1.605	3.329	2,57	5,5	34,4	53,0	3.774	1.160	1.260	7	794	17	33	4.842	2	0	0	302	225	4.596	327
Candelaria	9.18	1	352	566	2,94	7,2	37,3	46,6	686	232	173	0	147	120	676	113	0	1	0	92	43	891	27
Rafael Uribe	8.445	10	3.207	5.238	4,29	10,7	38,4	43,2	6.332	2.113	1.734	18	1.392	903	4.275	3.164	0	0	0	880	362	7.574	866
Ciudad Bo-lívar	8.060	9	3.841	4.219	9,42	19,0	39,4	29,9	6.345	1.715	1.242	1	1.235	6.279	1.658	101	1	0	0	848	221	6.567	1.479
Sumapaz	293	0	134	159	10,92	14,0	39,2	34,8	202	91	49	0	38	225	66	0	0	0	0	33	13	183	109

AS: Afiliación a salud
 BSC: Básica secundaria completa
 RHB: Rehabilitación
 NAS: No afiliación a salud
 TRB: Trabajando
 BPC: Básica primaria completa
 PAC: Personas a cargo

en menor proporción, con las deficiencias en la digestión (el 26,8% en mujeres y el 19,9% en hombres) y las relacionadas con el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas (57,4% en mujeres y 51,5% en hombres).

Las deficiencias cuya prevalencia es superior en los hombres, abarcan las relacionadas con el sistema nervioso (50,2% en hombres y 49,7% en mujeres), de la voz y el habla (21,4% en hombres y 14,3% en mujeres), y las del sistema reproductivo (11,6% en hombres y 11,5% en mujeres).

Con referencia a las localidades, el análisis de la distribución porcentual de de las alteraciones muestra que las deficiencias en el movimiento del cuerpo y las extremidades, en los sistemas nervioso, cardiorrespiratorio, visual, auditivo y así como en la voz y el habla, corresponden a los cinco tipos de alteraciones encontradas con mayor frecuencia en todas ellas. Sin embargo, las variaciones en la frecuencia generan estructuras particulares que permiten la caracterización de cada una de las localidades.

A excepción de las localidades Engativá, Barrios Unidos, Teusaquillo y Sumapaz del Distrito Capital Bogotá, las alteraciones más frecuentes son las relacionadas con el sistema nervioso (35,4%, 39,9%, 38,6% y 31,7% respectivamente). Las otras localidades se caracterizan porque las deficiencias en el movimiento de cuerpo, manos, brazos y pies son las que con mayor frecuencia afectan a su población, con porcentajes que varían entre 24,1% y 41,2% de las personas registradas. Las menores frecuencias se presentan en las alteraciones en los órganos del gusto, tacto y olfato, las cuales varían entre 0,1% y 0,8%, así como las alteraciones relacionadas con la piel, que oscilan entre 0,6% y 1,7%.

Como resultado de dichas deficiencias, la totalidad de las personas reportaron algún tipo

de dificultad o limitaciones para realizar sus actividades diarias. La dificultad más frecuente está relacionada con actividades como caminar, correr o saltar, que afectan al 59,6% (52.348) de personas en situación de discapacidad. Del total de personas afectadas, un 45,6% es menor de 4 años, un 34,9% está entre los 5 y 9 años de edad, un 31,6% está entre 9 y 15 años, un 47,9% entre 15 y 44 años, un 62,5% entre 45 y 59 años y un 72,2% es mayor de 60 años. Le sigue la dificultad para pensar y memorizar, que afecta a 44,7% de las personas registradas (39.311 personas), alteración cuya frecuencia alcanza al 60,7% en el grupo etáreo 10-14 años.

Factores ambientales

Con respecto al origen de la discapacidad, 69,5% declaró conocer su causa. Así, 31% de los casos ocurrieron como consecuencia de enfermedad general (34,4% de la discapacidad en mujeres y 26,68% en hombres), 11,8%, debido a alteraciones genéticas y hereditarias, 9,4% debido a accidentes, 3,9% por condiciones deficientes de la salud materna durante el embarazo, 30,5% de origen desconocido y 13,3% debido a otras causas.

De las 86.622 personas registradas con algún tipo de deficiencia, 37,6% (32.577) requiere ayuda permanente para ejecutar las actividades cotidianas. Esta dependencia ocurre principalmente en personas con deficiencias del sistema nervioso (51,1%) y del movimiento de cuerpo o extremidades (42%); y de éstas, 45% corresponde a personas de 60 o más años.

El 59,1% de la población registrada (51.250) habita en los estratos 1 y 2, 14,8% corresponde al estrato socioeconómico uno; 43,3% al dos; 3,9%, al tres; 2,27%, al cuatro; 0,14%, al cinco y 0,004% al seis. En adición, 12,9% tiene a su cargo una o más personas económicamente dependientes.

De las 80.878 personas que respondieron al tipo de actividad realizada en los últimos seis meses, solo 14,9% trabajaba. 27,8% se definió en situación de incapacidad permanente para trabajar sin pensión, 23,2% se dedicaba a oficios del hogar, 8,4% estudiaba, 7,2% en situación de incapacidad permanente para trabajar con pensión, 7,2% respondió a otra actividad inespecífica, 4% se encontraba en búsqueda de trabajo, 3,6% era pensionado y jubilado, 1,3% recibía renta, 1,2% realizaba actividades de autoconsumo y de un 0,9% no se obtuvo información.

El 39,5% (34.717 personas) tiene dificultad para desplazarse en trechos cortos debido a problemas respiratorios o del corazón (53,0% en mayores de 59 años), 35,6% de estas personas (31.301) presenta dificultades para percibir la luz y distinguir objetos o personas, a pesar de usar lentes (en las personas de 60 años o más alcanza a 42,3%) y 18,6% (16.332 personas) tiene dificultades para hablar y comunicarse (46,5% y 41,7% para los grupos 5 - 9 años y 10 - 14 años, respectivamente).

Entre las personas registradas, quienes mayores dificultades experimentan durante el desarrollo de sus actividades diarias son las personas mayores de 60 años. 57,1% para caminar trechos cortos debido a problemas cardiorrespiratorios, 57,0 para oír, aún con aparatos especiales, 55,5% para producir, retener o expulsar la orina y para tener relaciones sexuales, 53,5% para cambiar y mantener las posiciones del cuerpo, 50,6% para percibir la luz o distinguir objetos o personas, a pesar de usar lentes, 49,2%, para masticar, tragar y asimilar los alimentos, 39,2% presenta limitaciones en el pensamiento y la memoria, 38,8%, para mantener piel, uñas y cabellos sanos, 24,6% para relacionarse con los demás y 21,4% para hablar y comunicarse.

En la ciudad de Bogotá, la mayoría de las personas registradas (75%) declararon no sentir afectadas sus actividades diarias como consecuencia de actitudes negativas provenientes de personas a su alrededor; sin embargo, 25% de ellos (21.919) convive con este tipo de actitudes. Los más afectados son los niños de 5 a 9 años de edad (42%), grupo en el que 57% experimentan actitudes negativas por parte de amigos y compañeros; 32% por sus familiares y 16%, por vecinos y otras personas. En el caso de las personas cuyas edades están comprendidas entre 15 y 44 años, el porcentaje es 31%.

Del total de personas que perciben actitudes negativas, en un 40% (8.751) éstas provienen de familiares (en menores de 4 años el porcentaje llega a 52%); en un 25% de amigos y vecinos (para los niños entre 5 y 9 años es 57% para amigos y compañeros y 16%, para vecinos); en un 40%, de otras personas (aquí el porcentaje más alto está en el grupo de 0 a 4 años), y en un 11% para funcionarios y empleados.

El 58% de las personas con discapacidad encuentra barreras físicas en su residencia, 61% en la vía pública, 53% en los vehículos de transporte público, paraderos y terminales, 31% en los parques, 26% en centros comerciales y tiendas, 18% en centros de salud, 15% en centros educativos y en su lugar de trabajo. En términos generales, las barreras físicas están presentes para el 85% de la población registrada. Las personas con deficiencias en el sistema locomotor (93%), en la visión y en el sistema nervioso (83%) y en los sistemas cardiorrespiratorio e inmunitario (86%), son las que ayores dificultades experimentan por causa de ellas.

Independientemente del tipo de deficiencia, la población que se encuentra en situación de discapacidad identifica la vivienda y la vía pública como los lugares donde se genera la ma-

yor cantidad de barreras físicas. En las personas con alteraciones en los sistemas respiratorio e inmunitario y aquellas con alteraciones en el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas, las barreras físicas del entorno están en su propia residencia en un 26% y 23%, respectivamente. Para la población con deficiencias visuales y del sistema nervioso, en la vivienda se hallan el 17% y 14% de las barreras, respectivamente. En la vía pública y en las estructuras anexas están el 20% de las barreras que encuentran las personas con deficiencias en el sistema nervioso, el 21% para quienes presentan deficiencias en el movimiento, el 22%, para quienes presentan deficiencias visuales y el 23% para quienes poseen deficiencias en los sistemas cardiorrespiratorio e inmunitario y para quienes presentan deficiencias auditivas. Así las cosas, vivienda y vía pública concentran, en conjunto, alrededor de 61% de las barreras que encuentra esta población.

El transporte público ocupa el tercer lugar en cuanto a generación de barreras, situación que afecta en mayor grado a quienes presentan alteraciones en el movimiento (19% de las barreras físicas reportadas por quienes tienen este tipo de alteración) y en menor grado a quienes presentan alteraciones en los sistemas cardiorrespiratorio e inmunitario (17%). Los centros de salud y hospitales sobresalen, junto con lugares antes descritos por permitir la generación de espacios que limitan la autonomía y el desarrollo de actividades en la población con discapacidad. El porcentaje de barreras allí generado oscila entre 4% y 7%, de acuerdo con el tipo de deficiencia.

En relación con la cobertura de aseguramiento alcanzada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en la población en situación de discapacidad en Bogotá, 75,6% está afiliada, cifra que deja por fuera del sistema a 21.426 personas, en especial del grupo comprendido entre 15 y 44

años, para quienes el porcentaje de no-afiliación es 28,7% (30,7% de hombres y 26,7% de mujeres). El 52% de los no afiliados son personas de estratos uno y dos.

Con respecto al tipo de afiliación, 31.291 personas (47,3% del total de afiliados) pertenecen al régimen contributivo, 49% al régimen subsidiado y 3,7% a alguno de los regímenes especiales, mientras 0,1% desconoce a qué tipo de régimen pertenece.

Como puede observarse, 74% de las personas considera que no se está recuperando de su discapacidad, mientras que el 26% restante considera que sí lo está logrando. De estos últimos, 42% atribuye su mejoría a los servicios de salud y rehabilitación recibidos; 16% al apoyo de la familia; 27% a la ayuda de Dios; 12% a su empeño por salir adelante y 2% a la acción de la medicina alternativa.

El 88,1% de las personas registradas (77.392 personas) han recibido orden médica de rehabilitación: al 67,3% le han ordenado terapia farmacológica; al 28,6%, fisioterapia; al 20,7%, medicina física y de rehabilitación; al 15,6%, optometría; al 13,8%, psicología; al 9,8%, fonoaudiología; al 19,5%, terapia ocupacional; al 8,2%, psiquiatría, y al 9,0%, otro tipo de rehabilitación.

En términos generales, el 26,4% de toda la rehabilitación ordenada, está concentrada en las personas con edades comprendidas entre 15 y 44 años; el 40%, en las personas de 60 años o más; el 13,4%, en las personas de 5 a 14 años; el 26,4%, en las personas de 45 a 59 años, y el 2,3%, en los menores de 5 años.

En los menores de 4 años, así como en las personas de 15 años o más, las terapias farmacológicas constituyen el tipo de rehabilitación ordenado con mayor frecuencia. Sin embargo, la frecuencia varía en forma amplia: se incrementa de manera importante conforme aumenta la

edad, y llega a representar el 82,7% de toda la rehabilitación ordenada en las personas de 60 años o más.

La fisioterapia con alta prescripción en todos los grupos de edad, fue ordenada en 40,6% de los niños menores de cinco años y en 28,0% de los adultos mayores de 60 años. Los tratamientos psicológicos, los psiquiátricos y el trabajo social, fueron ordenados con menor frecuencia.

Tanto en hombres como en mujeres de todas las edades, la principal razón para la no-asistencia a los servicios de rehabilitación es la falta de dinero (46%), 6% porque cree que ya no la necesita o no le gusta, y 4% porque el centro de atención está muy lejos y no tiene quién lo lleve.

De las 76.202 personas en situación de discapacidad registradas que reciben algún tipo de rehabilitación, tan sólo 41.971 respondieron a la pregunta sobre quién ejecuta el gasto en rehabilitación; para un 71,9% es asumido por el sistema general de salud; para un 13,4% por la familia; para un 6,2% es autoasumido; para un 5,2%, por otro; para un 1,48% por ONGs y es asumido por el empleador para el 1,1%.

El 23,5% de las personas en situación de discapacidad de Bogotá no ha realizado estudios, 26,4% no ha culminado los estudios primarios y sólo 5,4% cuenta con un nivel de escolaridad igual o superior a la educación básica secundaria completa. No se observan grandes diferencias de género en relación con el acceso a la educación. Si bien el 23,5% de todo este grupo poblacional carece de estudios, en aquellos con deficiencias en la voz y el habla la cifra es mayor (45,7%), lo que parece indicar que son quienes mayores restricciones de tipo académico encuentran a su alrededor.

Sin ningún nivel de estudio se encuentra 35,9% de quienes presentan deficiencias en el sistema nervioso; 17,8% de personas con deficiencias en los sistemas cardiorrespiratorio e in-

munitario; 21,3% de quienes tienen alteraciones en el sistema locomotor; 18,2% de personas con deficiencias visuales y 23,1% de quienes tienen pérdida auditiva. El menor porcentaje corresponde a la población con deficiencias en el olfato, tacto y gusto, con un 10,9%.

Según se observó, las principales razones por las que el 87,2% de estas personas no asiste a ningún plantel educativo son haber terminado sus estudios o considerar que ya no están en edad de estudiar (42,2%), en cuyo caso, la frecuencia es más alta en mujeres (45,7%) que en hombres (37,2%). Le siguen, en orden de frecuencia, su propia discapacidad (26,2%), con frecuencia un poco mayor en hombres (29,7%) que en mujeres (23,8%); y los costos elevados o la falta de dinero para estudiar (14,7%), razón citada con mayor frecuencia en hombres (15,6%) que en mujeres (14,1%).

La información derivada de la aplicación del Registro muestra que de 82.063 personas (mayores de 9 años), 86,9% participan, en mayor o menor grado, en diferentes actividades, ya sean familiares o comunitarias. Dentro de las actividades en las que más comúnmente participa esta población, se encuentran las relacionadas con la familia y los amigos y con la religión.

El 66,1% de las personas refiere participar en actividades con la familia y los amigos. No se evidencian diferencias importantes de participación entre hombres y mujeres. Sin embargo, al analizar este comportamiento a través de los diferentes grupos de edad, se halló que quienes más participan son las mujeres entre 10 y 14 años (75,4%), en contraste con los hombres de 60 mayores de año, grupo en el que participa el 63,7% de su población.

Respecto a la participación en actividades religiosas, 55,9% de estas personas está involucrada, con una mayor participación de las mujeres

(59,8%) que de los hombres (50,4%) y en forma sobresaliente de la población femenina mayor de 60 años, en la que el porcentaje de participación es 63,0%, cifra que varía en forma moderada entre los diferentes grupos étnicos.

Por otra parte, el 29,8% prefiere participar en diversas actividades con la comunidad, con igual porcentaje tanto en hombres como en mujeres. En este caso, también es posible establecer algunas diferencias según la edad de las personas, lo que evidencia una mayor participación en los hombres de 45 a 59 años (30,9%), a la vez que una menor participación en la población femenina de 15 a 44 años o más (27,5%).

Aunque con un porcentaje de participación bastante inferior a los mencionados antes (15,8%), los asuntos deportivos y de recreación constituyen la quinta actividad en la que la población en situación de discapacidad está involucrada, y en la que mayores diferencias de participación se observan en relación con el género: el 18,6% de los hombres participa, mientras que el 13,9% de las mujeres lo hace. Los jóvenes varones entre 9 y 15 años son quienes más participan en este tipo de actividades (45,0%), mientras que los hombres mayores de 60 años son quienes menos actividad deportiva y recreativa ejecutan (9,6%).

Respecto a la participación en diversas organizaciones que existen en las localidades, se puede afirmar que es limitada, sólo un 17,8% (18,8% de los hombres y 17% de las mujeres), debido principalmente a su situación de discapacidad (30,9%). En adición, 14,3% no participa por falta de dinero; 26,0%, porque no existen en su entorno organizaciones en las que pueda participar o no las conoce; 12,4%, por falta de tiempo; 3,9%, porque prefiere resolver sus problemas por sí mismo; 5,2%, porque no cree en ellas; 1,8%, y 0,3%, porque sus principios o creencias

se lo impiden. También se presentan un conjunto de razones clasificadas como "otras" que limitan la participación en 5,2% de las personas.

La participación en el mercado laboral es muy variada para la población en situación de discapacidad residente en Bogotá. Las personas en edad de trabajar (mayores de 10 años) constituyen el 93,4% de este grupo poblacional. De este éste 15% trabaja; 80,9% corresponde a población económicamente inactiva (69.885 personas que no están trabajando ni buscando trabajo); 28,3% corresponde a personas con incapacidad permanente para trabajar y no cuentan con pensión, 7,3% también presenta incapacidad permanente para trabajar pero tiene pensión, 8,5% se dedica a estudiar, 23,3% realiza oficios del hogar, 1,2% desempeña actividades de autoconsumo, 7,4% se dedica a otra actividad, y el 4,9% restante está pensionado o recibe algún tipo de renta.

De las 12.182 personas en situación de discapacidad con alguna ocupación (3.452), es decir, un 29,3% desarrolla actividades comerciales; 40,0%, actividades relacionadas con servicios; 1,8%, actividades agrícolas; 17,6%, otro tipo de actividades y 11,0% se dedica a las actividades industriales.

En la población femenina y masculina, la principal actividad está relacionada con los servicios con frecuencias de 46,9% y 34,1%, respectivamente. La población en situación de discapacidad residente en las 20 localidades, desempeña actividades predominantemente de servicios, excepto en Tunjuelito y Antonio Nariño, donde predomina el comercio y en Sumapaz, donde prima la agricultura.

La inserción de las personas en situación de discapacidad en actividades industriales es poco común, al igual que la participación en actividades pecuarias. Por esto en ninguna localidad constituyen la principal rama de actividad.

DISCUSIÓN

Aunque no fue posible establecer correlación entre variables debido a la naturaleza de los datos, las relaciones entre los factores permitieron elaborar perfiles descriptivos de la población en situación de discapacidad a partir de la submuestra seleccionada.

Se reconoce que factores como ingreso, empleo y educación son sólo un aspecto del bienestar. A pesar de ello, el presente análisis usa estas variables como una aproximación a la exclusión social, en la medida en que se entiende su capacidad de estimar los niveles de bienestar, mejor de lo que lo harían otros satisfactores. Además éstos han sido usados como indicadores de efectividad de la política pública que tienen correspondencia con determinantes en salud.

Los valores de distribución frecuencial de las variables relacionadas con los factores ambientales, en particular con aquellos referidos a los modos y las condiciones de vida –tales como el entorno físico relacional, el entorno inmediato del individuo (hogar, escuela, trabajo) y las estructuras sociales formales e informales (servicios, sistemas y políticas)– están íntimamente relacionados con la generación de condiciones que crean o exacerban la discapacidad. Las bajas tasas de escolarización, desempleo, ingresos y la existencia de barreras físicas y de actitud en los diferentes ámbitos de la vida, sugieren la urgencia de evaluar y redefinir los servicios, sistemas y políticas en discapacidad.

El análisis de la información contenida en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad en la ciudad de Bogotá, demuestra que tales personas están concentradas en los estratos más bajos; lo que pone de manifiesto la reducida capacidad de movilidad que ellas tienen dentro de la estructura social. Las oportunidades de educación están restringidas

para las personas en situación de discapacidad; de allí que se encuentren social y económicamente excluidas de las oportunidades de empleo, ingresos y otros satisfactores.

Los datos del Registro sugieren que la discapacidad aumenta con la edad. Es claro que la discapacidad se concentra en el grupo de mayores de 60 años, lo cual podría responder a la transformación poblacional en términos del aumento paulatino que ha tenido este grupo etéreo en las últimas décadas. No obstante, quizás deba suponerse que la elevada proporción de personas mayores de 60 años con discapacidad podría ser el resultado de equiparar los procesos de envejecimiento con la discapacidad; es decir, pensar que en forma obligatoria una persona de la tercera edad es una persona no sana, limitada en sus funciones y relegada por la sociedad. Es probable que en países como Colombia ello pueda ser cierto; pero lo es también el hecho de que el envejecimiento es una constante en el ciclo vital de un ser humano y que, por tanto, es pausable el ajuste de la demanda social a las capacidades del individuo en los diferentes momentos de la vida. No obstante, el claro predominio de discapacidad en la edad avanzada, señala también la insoslayable importancia de las enfermedades crónicas en su origen.

Existe una relación entre pobreza y discapacidad, en la medida en que los hogares con personas en situación de discapacidad tienden a tener menores ingresos por absorción laboral, por dependencia económica y para las actividades cotidianas, así como bajo nivel de estudio y restricciones para acceder al empleo. Varios estudios han demostrado la relación de dependencia que existe entre la pobreza y la discapacidad. Hernández y Hernández (7) hicieron un análisis de los registros de los hogares que refirieron tener personas con dificultades permanentes para trabajar, tanto

del total nacional como por regiones y áreas. Así, de un total de 11.194.108 hogares, 11,7% correspondió a hogares con personas con dificultades permanentes para trabajar ($n=1.310.458$) y de ellos, un 19,5% fue clasificado como hogar pobre ($n=255.686$). De esta manera, el ejercicio estadístico puso de manifiesto que el porcentaje de personas en situación de discapacidad en la población calificada como pobre es cerca del doble de ese porcentaje en la población total. Un cálculo del riesgo relativo de discapacidad, si se clasifica como pobre, basado en los mismo datos, revela que el RR es 1.2 veces mayor que si no se clasifica como tal (RR para discapacidad si se clasifica como pobre 0.113, RR si no se clasifica como pobre 0.136). Más aún, la pobreza podría exacerbar tanto la discapacidad a expensas de la vulnerabilidad y el riesgo, como la restricción en las oportunidades para el bienestar.

Como se mostró en el análisis, casi el 28,7% de las personas en situación de discapacidad no tienen protección social en salud y no reciben por tanto rehabilitación. A ello se le suma que un alto porcentaje de quienes no asisten a rehabilitación, refieren como razones la inaccesibilidad de los servicios debido a la dificultad para desplazarse en largos trayectos y a que requieren compañía para el traslado. El no tener acceso a los servicios de rehabilitación podría representar la dependencia y la existencia de barreras para la participación de las personas en situación de discapacidad. Además, esta limitante, lejos de representar un ahorro, genera costos directos e indirectos atribuibles a la condición de no-rehabilitado. En contraste, el hecho de que cerca del 70% de las personas del Registro tienen aseguramiento en salud, supone una serie de beneficios que deberían ser aplicados también a la totalidad de las personas en situación de discapacidad.

El desempleo, situación que afecta a cerca del 81% de las personas en situación de discapacidad, supone una pérdida productiva inmensurable para el país, en tanto que ello implica no alcanzar otros satisfactores relacionados con el empleo.

La dependencia de una persona en situación de discapacidad conlleva a que otro miembro de la familia vea reducida su participación laboral. De igual forma, una persona en situación de discapacidad que no puede trabajar, reduce la renta total potencial de la familia, lo que fuerza a los otros miembros a trabajar más. Cuando la persona en estado de discapacidad es cabeza de familia, su situación ocupacional tiene un impacto negativo en el índice de participación del resto de la familia; esto es, las oportunidades del hogar están restringidas.

Merece especial atención el hecho de que menos del 50% de las personas encuestadas respondieron a la pregunta sobre quién paga por los servicios de rehabilitación, lo que limita la apreciación de aspectos importantes como el gasto de bolsillo en rehabilitación.

En general, el Registro señala que las personas en situación de discapacidad viven con menos de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV), pertenecen a los estratos más bajos, no tienen trabajo, tienen baja escolaridad, necesitan rehabilitación para el trabajo, y no tienen afiliación en salud. En adición, existe una diferencia porcentual por género, caso en el cual las mujeres parecen constituir un grupo con mayor vulnerabilidad. Por otra parte, la discapacidad parece concentrarse en el grupo de mayores de 60 años.

El análisis global por grupos de factores, personales y ambientales, sugiere un mayor peso de los segundos en la generación y exacerbación de la discapacidad, en la medida en que responden a determinantes relacionados con modos

y condiciones de vida asociados con servicios, sistemas y políticas.

Los factores personales –en especial aquellos relacionados con edad, género y estructura y función corporal demuestran un comportamiento dependiente, debido a que existe una mayor proporción de mujeres y de personas mayores de 60 años en situación de discapacidad y con limitaciones del movimiento y del sistema nervioso. La propia situación de discapacidad se explica por el desajuste en el ambiente físico y social con relación a las particularidades del funcionamiento humano. Así, la discapacidad no parece explicarse por la “incapacidad” del individuo para responder a las demandas del ambiente, sino en razón de la brecha existente entre las demandas

del ambiente y las libertades y derechos de las personas en situación de discapacidad. Son las barreras físicas y actitudinales, la restricción en el acceso a los servicios, así como los sistemas y las políticas públicas los que dan lugar a la exclusión social de las personas en situación de discapacidad.

Se reconoce que estas fuentes de información estadística podrían advertir problemas en la conceptualización de la discapacidad y en la forma en como ésta ha sido medida, además de los inherentes sesgos de índole metodológico y estadístico⁵ No obstante, la fuente seleccionada para el presente análisis constituye la mejor información disponible en discapacidad para Colombia.

Asistentes de investigación: María Cristina Cruz Cubillos, Ana María Cusguen Espinosa, Juliana Gamboa Mejía, Natalia Ortega Martínez, Estudiantes de Fisioterapia, IX Semestre, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano Universidad del Rosario.

REFERENCIAS

1. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2003. Bogotá DC, Colombia
2. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2005-2006. Bogotá DC, Colombia
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Instituto de migraciones y servicios sociales. 2001
4. Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL).
5. ICIDH, ICIDH-2, CIF (Internacional Classification of Functioning, Disability and Health, Final Draft, 2001).
6. Cruz I, Hernández J. Exclusión social y discapacidad. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2006, p. 69.
7. Hernández J, Hernández I. Una aproximación a los costos de la discapacidad en Colombia. Rev. Salud Pública 2005;7:130-44.