



Relación entre los factores sociodemográficos, de atención en salud y de participación social en sujetos con lesión medular, inscritos en Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, de la ciudad de Manizales entre 2012 – 2017

Julián Andrés Jurado

Autor

Universidad de Caldas  
Facultad de Ciencias para la Salud  
Maestría en Salud Pública  
Manizales  
2023



Relación entre los factores sociodemográficos, de atención en salud y de participación social en sujetos con lesión medular, inscritos en Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, de la ciudad de Manizales entre 2012 – 2017

Julián Andrés Jurado

Autor

Presentado para optar al título de Magister en Salud Pública

Directora de tesis

Dra. Evelyn Colina

Universidad de Caldas  
Facultad de Ciencias para la Salud  
Maestría en Salud Pública  
Manizales

2023



## **Agradecimientos**

Este proceso académico ha sido fundamental para promover mi formación y mi aprendizaje. Doy gracias a Dios por brindarme la vida y la oportunidad de poder desarrollar esta hermosa experiencia. Agradezco, además, a la Universidad de Caldas por darme la esencia del conocimiento y las herramientas que han hecho que mi legado sea de discernimiento. Agradezco, por último, a la doctora Evelyn Colina que, con su sapiencia, fue una persona fundamental para alcanzar los objetivos planteados.

## Contenido

<b>Lista de Gráficos.....</b>	<b>5</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>1.Planteamiento del Problema .....</b>	<b>10</b>
1.1 Área del Problema .....	10
1.2 Pregunta de Investigación .....	12
1.3 Justificación.....	13
<b>2.Objetivos .....</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo General .....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
<b>3.Referente Teórico.....</b>	<b>16</b>
3.1 Discusión sobre el Concepto de Discapacidad.....	16
3.2 Epidemiología de la Discapacidad .....	20
3.3 Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) .....	22
3.4 Lesión Medular .....	23
3.4.1 <i>Definición</i> .....	23
3.4.2 <i>Epidemiología de Lesión Medular</i> .....	24
3.4.3 <i>Complicaciones Clínicas de la Lesión Medular</i> .....	27
3.5 Proceso de Rehabilitación para Personas con Lesión Medular .....	28
3.5.1 <i>Profesionales que Intervienen en la Rehabilitación</i> .....	29
3.5.2 <i>Participación Social</i> .....	31
3.5.3 <i>Participación en Salud</i> .....	32
3.5.3 <i>Participación en Educación</i> .....	33
3.5.4 <i>Participación Laboral</i> .....	33
3.6 Instrumento Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) .....	35
<b>4. Operacionalización de variables y definición de categorías.....</b>	<b>37</b>
<b>5. Materiales y Metodología .....</b>	<b>51</b>
5.1 Población y Muestra .....	51
5.2 Criterios de Inclusión y de Exclusión .....	51
5.3 Técnicas e Instrumentos.....	52
5.4 Procedimiento.....	52
5.5 Aspectos Éticos.....	52
5.6 Análisis y Procesamiento de la Información .....	53
<b>6. Resultados.....</b>	<b>54</b>
6.1 Características Sociodemográficas de la Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular .....	54
6.2 Acceso a Servicios Públicos de Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular.....	56
6.3 Características Relacionadas con las Variables de Vivienda e Identificación de Barreras de la Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular .....	57

6.4 Características y Origen de la Discapacidad de la Población con Lesión Medular.....	59
6.5 Resultados de la Atención en Salud de la Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular.....	61
6.6 Resultados sobre la Participación Social de la Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular .....	63
6.6.1 Educación .....	63
6.6.2 Participación en Actividades Familiares y Comunitarias .....	64
6.6.3 Participación Laboral y Trabajo.....	66
6.7 Relación entre las Variables Sociodemográficas de la Población en Condición de Discapacidad por Lesión Medular. Relación Chi Cuadrado de Pearson.....	68
<b>7. Discusión -----</b>	<b>73</b>
<b>8. Conclusiones .....</b>	<b>82</b>
<b>9. Recomendaciones .....</b>	<b>85</b>
<b>10. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>87</b>
<b>11. Anexos.....</b>	<b>98</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1. Características sociodemográficas .....</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 2. Localización y vivienda.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabla 3. Caracterización del origen de la discapacidad .....</b>	<b>41</b>
<b>Tabla 4. Caracterización de la atención en salud .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 5. Caracterización en procesos de participación en educación .....</b>	<b>46</b>
<b>Tabla 6. Caracterización de procesos de participación en actividades familiares y comunitarias .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabla 7. Caracterización en actividades de participación en el contexto laboral.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 8. Distribución de frecuencias de la variable edad de la población con lesión medular .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 9. Distribución de frecuencia de la variable estrato socioeconómico.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 10. Distribución de frecuencias de la variable tipo de vivienda.....</b>	<b>57</b>
<b>Tabla 11. Distribución de las frecuencias de la variable forma de tenencia de la vivienda</b>	<b>57</b>
<b>Tabla 12. Distribución de frecuencias de la variable barreras arquitectónicas.....</b>	<b>58</b>
<b>Tabla 13. Distribución de frecuencias de la variable clasificación según la parálisis y su distribución corporal.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabla 14. Distribución de frecuencias de la variable tiempo en años con la lesión medular .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabla 15. Distribución de frecuencias de la variable origen de la discapacidad.....</b>	<b>60</b>
<b>Tabla 16. Distribución de frecuencias de la variable ¿Quién paga la rehabilitación?.....</b>	<b>61</b>
<b>Tabla 17. Distribución de frecuencia de la variable servicios de rehabilitación.....</b>	<b>62</b>
<b>Tabla 18. Distribución de frecuencias de la variable años sin recibir rehabilitación.....</b>	<b>63</b>
<b>Tabla 19. Distribución de las frecuencias de la variable nivel educativo.....</b>	<b>64</b>
<b>Tabla 20. Distribución de las frecuencias de la variable razón por la cual no participa en organizaciones .....</b>	<b>65</b>
<b>Tabla 21. Distribución de frecuencias de la variable participación en actividades familiares y comunitarias .....</b>	<b>65</b>
<b>Tabla 22. Distribución de frecuencia de la variable situación laboral.....</b>	<b>67</b>
<b>Tabla 23. Distribución de frecuencia de la variable ingresos, en pesos colombianos, de las personas con lesión medular.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabla 24. Relación entre las variables sociodemográficas.....</b>	<b>69</b>
<b>Tabla 25. Relación entre las variables de atención en salud.....</b>	<b>69</b>
<b>Tabla 26. Relación entre las variables de participación en actividades familiares, comunitarias y laborales .....</b>	<b>71</b>

## Lista de Gráficos

<b>Gráfico 1 Distribución de las personas con lesión medular por comunas .....</b>	<b>56</b>
--	-----------

## Lista de Anexos

**Anexo 1**..... ¡Error! Marcador no definido.

## Resumen

**Introducción:** El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad ha sido la fuente oficial de información sobre las personas con discapacidad en Colombia tras registrar los datos de los procedimientos de valoración que buscan localizar, caracterizar y certificar a las personas con esta condición permitiendo, adicionalmente, conocer sobre sus procesos de participación y sobre sus familias, así como facilitar la gestión de las intervenciones tendientes a mejorar sus procesos de inclusión social y de atención sanitaria.

**Objetivo:** Relacionar los factores sociodemográficos, de atención en salud y de participación social en sujetos con lesión medular inscritos en El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad de la ciudad de Manizales, entre 2012 y 2107.

**Metodología y materiales:** La población sujeto de estudio correspondió a las personas con lesión medular que diligenciaron el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, este instrumento fue verificado y suministrado por la Secretaria de Salud Pública del municipio de Manizales, específicamente la oficina de la discapacidad. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con diseño transversal y descriptivo de tipo correlacional, que permitió especificar las propiedades y las características de la población en cuestión, así como establecer las relaciones de dependencia entre las variables sociodemográficas, de atención en salud y de participación social.

**Resultados:** Se analizaron 126 registros; los datos sociodemográficos establecieron que el 99% de la población era oriunda del municipio de Manizales; que el 77% pertenecía al género masculino, mientras que el 23% al género femenino; los dos tenían, para la época, una edad promedio de 47 años; asimismo, el 63,5% de la población pertenecía a los estratos socioeconómicos 1 y 2 y el 84,9% se encontraba afiliada al SISBEN. Desde los procesos de atención en salud, el 50,8% realizó su proceso de rehabilitación a través del sistema de seguridad social y el 82% no participó en ninguna organización en defensa de los derechos de las personas con discapacidad como consecuencia del desconocimiento sobre algún proceso organizativo. Con respecto a la participación laboral, solo el 19,8% refirió estar trabajando, el 69% de la población no percibía ingresos y el 19% ganaba menos de quinientos mil pesos mensuales.

**Conclusiones:** las personas que realizaron procesos de rehabilitación integral tuvieron una mayor participación en la vida familiar, comunitaria y laboral.

**Palabras clave:** Paraplejía, Cuadriplejía, personas con discapacidad, atención en salud, participación de la Comunidad.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que la población en condición de discapacidad fue una de las más vulnerables del mundo y con los mayores niveles de inequidad a nivel social, cultural y económico. Sus índices de pobreza, así como su condición, influyeron en su escasa participación en los distintos procesos sociales, particularmente en los relacionados con la salud, la educación y la intervención política, tras limitárseles sus oportunidades de vida, sumados a la poca gestión de las políticas públicas para su inclusión social <sup>(1)</sup>.

Es importante considerar que, según el Informe Mundial de Discapacidad <sup>(1)</sup>, la población con esta condición aumentó como consecuencia de diferentes factores articulados alrededor de las enfermedades crónicas, del envejecimiento y de los accidentes de todo tipo. El autocuidado y las medidas preventivas, por su parte, fueron acciones que minimizaron el riesgo de adquirir una discapacidad; pero este fenómeno fue una realidad que la sociedad debió asumir y afrontar para hacerla más llevadera, promoviendo estrategias de participación y brindando argumentos que hicieran más visibles los derechos y deberes de la población en cuestión.

El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) <sup>(2)</sup>, brindó información para el análisis de esta población y la toma de decisiones partió, por ello mismo, desde el contexto sociodemográfico, la atención en salud y la participación social, por medio de la recopilación de datos que lograron relacionarse entre sí y evidenciar un panorama transversal de las personas que vivieron esta realidad particular, con sus necesidades personales y sociales desde la cotidianidad de su entorno.

El análisis de la información del RLCPD permitió, entonces, identificar y relacionar los factores sociodemográficos, así como de atención en salud y la participación social, con el fin de identificar y guiar las intervenciones que fueron planteadas para mejorar la atención en salud y la inclusión, en los distintos procesos de participación social, de las personas con discapacidad por lesión medular de la ciudad de Manizales.

## 1. Planteamiento del Problema

### 1.1 Área del Problema

Según lo establecido en el 2006 durante la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (ONU) <sup>(3)</sup>, la discapacidad se ha entendido como un concepto que evolucionó en el tiempo y que resultó de la interacción entre las personas con deficiencias -físicas e intelectuales- y las barreras sociales -como consecuencia de la actitud del entorno- que evitó su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones. Se estimó, además, que más de mil millones de personas en el mundo convivieron con alguna discapacidad; de modo tal, que casi un 15% de la población mundial sufrió las secuelas y limitaciones causadas por diversos factores que incidieron en su calidad de vida <sup>(1)</sup>.

Es importante resaltar que, las características particulares de las personas con discapacidad, así como sus condiciones de salud, limitaron su voz y voto en los procesos que, paradójicamente, buscaban formular políticas y proyectos tendientes a aumentar su participación social, es decir, esta participación se vio opacada por las distintas barreras físicas y sociales impuestas por el entorno; un hecho que afectó, finalmente, el desarrollo de las mencionadas políticas y proyectos al no involucrar de manera asertiva y eficiente a la población afectada directamente por su proceder <sup>(4,5)</sup>.

Si bien existieron políticas públicas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población en situación de discapacidad por parte del Estado, estas debieron ser una de sus prioridades para resguardar así los intereses, individuales y colectivos, de tal población. Pues la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad eran acciones que el Estado debía adelantar frente a un grupo que presentó obstáculos en sus procesos de participación; la construcción de políticas públicas debió, en consecuencia, promover, de manera eficiente, los factores que incrementarían dichos procesos de participación social, mejorando su atención en salud.

Las personas en condición de discapacidad representaron, para el año 2012, el 6,3% de la población total de Colombia, un porcentaje considerable que debió ser tenido en cuenta a la hora de construir políticas públicas, particularmente en el sector salud. Se aclara que, el censo de las

personas con discapacidad fue realizado, inicialmente, por el Departamento Administrativo Nacional Estadística (DANE), pero solo hasta después de 2012 la información suministrada por esta entidad se gestionó por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Registro para Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) <sup>(2)</sup>.

El RLCPD <sup>(2)</sup> registró, entonces, las características sociales, de salud y de participación de la población en cuestión para proporcionar, adicionalmente, información confiable y de interés que sirviera de insumo en la creación y gestión de políticas públicas que la beneficiara, en un contexto social de participación. Aspectos como la pobreza, la falta de educación, la limitación en la participación y la baja accesibilidad a los servicios de salud y rehabilitación, fueron identificados para definir estrategias y recomendaciones de impacto que mejorarían su situación personal y social.

Según el informe de la Sala de Discapacidad, realizado en Colombia en el 2018 <sup>(2)</sup>, las principales alteraciones presentadas en las personas con discapacidad, y registradas en el RLCPD, fueron: el movimiento del cuerpo, las manos, los brazos y las piernas (34,1%); el sistema nervioso (25,7%), los ojos (13%), el sistema cardio-respiratorio y las defensas (10,3%), así como los oídos (5,4%), la voz y el habla (5,2%). En este sentido, la tercera parte de esta población reportó alteraciones en el movimiento del cuerpo, las manos, los brazos y las piernas, convirtiéndose en una tendencia significativa a ser considerada en las acciones de intervención que conllevaran a una atención oportuna en salud y a la promoción de su participación en los diferentes procesos sociales, incluidos los del sector sanitario; es por ello, que el principal interés de esta investigación fue conocer los factores sociodemográficos, de atención en salud y de participación social asociados a la discapacidad del subgrupo de personas con limitación para la movilidad, secundaria a la lesión medular.

La lesión medular ha sido entendida un proceso patológico que produce alteraciones de la función motora, sensitiva y autónoma con consecuencias en el transcurrir de las actividades cotidianas del paciente; sin desconocer las implicaciones psicosociales para este, su familia y su entorno <sup>(6)</sup>. Es importante resaltar que la población con discapacidad por lesión medular ha presentado una serie de dificultades cotidianas que ponen en riesgo su funcionalidad, así como sus procesos de socialización, que han obligado a realizar ajustes razonables que parten desde la

infraestructura física hasta la organización familiar y social; de igual manera, han existido factores diferenciales en comparación con las otras discapacidades, sean físicas o intelectuales.

Fue preciso conocer sobre los aspectos involucrados en los procesos de atención en salud y la participación social de la población sujeto de estudio, con el fin de suministrar información para el diseño de políticas públicas y de atención por parte de las entidades de salud que son las encargadas, en primera instancia, de velar por la sanidad de esta población. Esta información, junto con las variables sociodemográficas, permitió proponer estrategias para los actores que intervienen en la atención de la población en condición de discapacidad <sup>(7)</sup>. Fue preciso, además, relacionar entre sí las características sociodemográficas, de atención en salud y de participación social, para identificar posibles grupos de interés que puedan ser objeto de intervenciones de prevención y promoción en salud.

La Secretaria de Salud Pública del municipio de Manizales <sup>(8)</sup>, promovió, por su parte, estrategias conducentes a identificar a la población en condición de discapacidad e intervenir, de manera integral, sobre sus necesidades, sin desconocer su apoyo a los diferentes programas y proyectos enfocados en las personas con discapacidad por lesión medular; se anotó que, el actuar de esta entidad oficial se sustentó en la información del RLCPD que sirvió de insumo para identificar a la población de estudio de la presente investigación. Gracias a la base datos del RLPCD, proporcionada por el ente municipal, se filtraron y seleccionaron los registros pertenecientes a los casos con lesión medular. Se analizó la información y relacionaron las variables de interés para proponer aportes que, desde la academia, sirvieran a las entidades gubernamentales encargadas del desarrollo de políticas públicas y de intervención con la población de estudio.

## **1.2 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las relaciones existentes entre los factores sociodemográficos de atención en salud y de participación social en sujetos con lesión medular inscritos en RLCPD de Manizales, entre 2012 y 2017?

### 1.3 Justificación

Esta investigación brindó información sobre las características sociodemográficas, de atención en salud y de participación social de las personas con lesión medular de la ciudad de Manizales. El análisis de estas características permitió proponer posibles intervenciones de las entidades municipales, de las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de esta población y vincular, adicionalmente, la lesión medular como un proceso a ser asumido por la sociedad, las personas con discapacidad y su familia <sup>(9)</sup>.

En tal sentido, el impacto de esta investigación no se limitó a disponer de información sobre las personas con lesión medular, sino que, además, pretendió incluir recomendaciones sobre algunos aspectos en el RLCPD, relativos a preguntas específicas, para evaluar la presencia de algunas complicaciones clínicas y características del lesionado medular que permitieran determinar sus requerimientos para el cuidado y el mantenimiento de su salud.

Por otro lado, es importante que las entidades gubernamentales dimensionen los procesos de participación de las personas con discapacidad, con el objetivo de identificar y evaluar el resultado de la implementación de las políticas públicas para la atención de estas personas.

De igual manera, es trascendente conocer cómo se realizaron los procesos de participación de las personas con lesión medular inscritas en el RLCPD, con el objetivo de brindar recomendaciones a los actores que intervienen en la atención en salud y en los programas de inclusión social para las personas con este tipo de discapacidad. Es fundamental, asimismo, proponer conceptos que mejoren los procesos de participación de estas personas.

Muchas instituciones trabajaron para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad; fomentaron y proyectaron acciones que fueron desde la investigación hasta la promoción de políticas públicas; por lo que fue necesario conocer los análisis sobre la población con discapacidad, basados en la información suministrada por el Ministerio de Salud y el DANE mediante el RLCPD.

Se reconoce que la salud pública aportó elementos que ayudaron a incrementar la salud y la socialización de las personas con discapacidad mediante argumentos y acciones que robustecieron los procesos de rehabilitación y los protocolos que minimizaron los factores de riesgo que atentan contra su salud, incluidas las estrategias que mitigaron las problemáticas de los pacientes con lesión medular y que partieron de los ajustes razonables realizados de acuerdo a sus características y particularidades.

Es perentorio realizar los ajustes pertinentes que se adecuen a las necesidades de las personas en situación de discapacidad por lesión medular, pues una intervención inadecuada ocasionaría dificultades en los procesos de atención en salud y de participación social, así como un aumento en las tasas de morbi-mortalidad y de pobreza en muchas partes del mundo; adicionalmente, se acrecentarían los problemas sociales debido al incremento del costo de su atención en salud que limitaría, aún más, el acceso de esta población vulnerable. Para prevenir lo anterior, es deber del Estado brindar garantías para el mantenimiento de la salud de la población en cuestión e implementar estrategias para el desarrollo de acciones que mejoren su calidad de vida <sup>(10)</sup>.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

- Relacionar Los factores sociodemográficos, de atención en salud y de participación social en la población con lesión medular, inscritas en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad en Manizales, entre el 2012 y 2017.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente a los sujetos con lesión medular inscritos en RLCPD.
- Caracterizar la atención en salud de los sujetos con lesión medular inscritos en RLCPD.
- Describir la participación social de los sujetos con lesión medular inscritos en RLCPD.
- Establecer la relación entre los factores sociodemográficos de atención en salud y de participación social en los sujetos con lesión medular inscritos en RLCPD de Manizales entre 2012 y 2017.

### 3. Referente Teórico

#### 3.1 Discusión sobre el Concepto de Discapacidad

El Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS <sup>(1)</sup>, elaborado en el 2011, establece que la discapacidad hace parte de la condición humana. Casi todas las personas tendrán una discapacidad, temporal o permanente, en algún momento de sus vidas y los que sobrevivan y alcancen la vejez experimentarán, cada vez más, las distintas afectaciones como consecuencia de su deterioro físico y mental. De igual manera, la mayoría de los grupos familiares ha tenido algún integrante con discapacidad, cuyos cuidados han sido asumidos por familiares y amigos que los han apoyado y atendido. En este sentido, alrededor del 15% de la población del planeta ha padecido algún tipo y grado de discapacidad, recordando, además, que las mujeres han tenido más probabilidades de sufrirla que los hombres y las personas mayores más que los jóvenes.

El mencionado informe delimita, asimismo, que la discapacidad es compleja de definir, dinámica y multidimensional, así como objeto de discrepancias. En las últimas décadas, el Movimiento de Derechos de Personas con Discapacidad, junto con numerosos investigadores de las Ciencias Sociales y de la Salud, ha identificado la función de las barreras sociales y físicas presentes en la discapacidad. Una transición que implica pasar de una perspectiva individual y médica -en el cual las personas son consideradas discapacitadas por la sociedad más que por sus cuerpos- a otra perspectiva estructural y social -donde la discapacidad es entendida a través de la interacción del individuo con el ambiente físico, social, cultural y económico-; todo un viraje desde un «modelo médico» a otro «modelo social» <sup>(1,11)</sup>.

Estos modelos ofrecen un marco de interpretación sobre la manera en que las personas perciben a la población con discapacidad; aunque el modelo médico es una forma útil de comprender la enfermedad y la pérdida de la función, el modelo social promueve la idea de que la adaptación de los entornos sociales y físicos son importantes para esta población, fomentando, además, un rango de habilidades funcionales que mejoren los procesos de socialización <sup>(12)</sup>.

El Informe Mundial sobre Discapacidad del 2011<sup>(1)</sup> sostiene, como consecuencia de la discusión anterior, que esta no es una enfermedad, sino un problema social que debe comprenderse

mediante la interacción de las personas con los espacios de la comunidad y que afectan en mayor medida a la población más vulnerable; razón por la cual, resulta trascendental que los diferentes profesionales de la salud sean preparados para intervenir en las situaciones que transgredan la salud de las comunidades, especialmente a la población en situación de discapacidad, de ahí la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en este grupo en particular.

Atendiendo a lo anterior, la OMS <sup>(10)</sup> especifica que “Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”.

La OMS demarca, adicionalmente, que la discapacidad debe entenderse en relación con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), un término genérico que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad, así como las restricciones en la participación y socialización. La CIF se convierte, de este modo, en el marco conceptual de la OMS que permite una nueva comprensión sobre la discapacidad y la salud. Como clasificación universal, establece un marco y un lenguaje estandarizados para detallar la salud, y las dimensiones relacionadas con ella, por medio de tres componentes esenciales: (i) funciones corporales, (ii) funciones estructurales y (iii) actividad y participación, integrados bajo los términos "funcionamiento" y "discapacidad" que dependen de la condición de salud y de su interacción con factores contextuales. Los componentes son clasificados mediante distintas categorías <sup>(13)</sup>.

El Ministerio de Salud, por su parte, adopta el concepto de discapacidad de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU del 2006, definiéndola como: "un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"<sup>(3)</sup>.

La discapacidad, desde otra perspectiva, se conceptualiza como toda restricción o ausencia de alguna habilidad debido a una deficiencia, orgánica o neurológica, para realizar una actividad

de forma considerada normal para la sociedad y el ser humano. Esta manera de concebirla, como el compromiso físico o mental para ejecutar una acción, conduce a la creación de unos tipos de discapacidad de acuerdo a sus características, sean cognitivas, visuales, auditivas, físicas o mentales, entre otras, y a sus grados, moderados, graves o muy graves, por ejemplo <sup>(14, 15)</sup>.

Para analizar los mecanismos por medio de los cuales opera la discapacidad, es necesario incluir el abordaje de las deficiencias en las estructuras y funciones corporales en relación con el desempeño social y colectivo, es decir, la limitación en las actividades y la restricción de la participación en la sociedad <sup>(4, 16)</sup>. Así mismo, la actividad es entendida como la realización de una tarea o una acción por parte de una persona, en una perspectiva individual y en un contexto normalizado; mientras que, la participación es comprendida como el acto de involucrarse en una situación vital que implica una perspectiva social en un contexto real. Las limitaciones en la actividad corresponden a las dificultades que una persona puede tener en el desempeño y realización de sus tareas y a las restricciones en su participación, es decir, los problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales <sup>(10)</sup>.

La incidencia y las consecuencias de la discapacidad están estrechamente relacionadas con una mayor exposición a riesgos de todo tipo en zonas de escasos ingresos y bajo nivel educativo <sup>(17, 18)</sup>. Esta incidencia depende de las condiciones de pobreza que viven muchas personas en países latinoamericanos. A finales del siglo XX, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) calculó que unos 83 millones de individuos con discapacidad vivieron en la región de las Américas y 53 millones de ellas en Latinoamérica y el Caribe <sup>(1)</sup>. Respecto a esta última región, la información sobre la discapacidad ha sido limitada, como en la mayoría de los países en desarrollo <sup>(1)</sup>.

A través de la historia, las personas con discapacidad han sido nombradas de diferentes maneras, generalmente apodos, que los condujeron a particulares formas de socialización adaptadas a la discriminación y a la burla que ha generado, consecuentemente, inequidad:

A mediados del siglo XX se llamaban con términos despectivos como tullidos, lisiados, bobos, sordos, ciegos, y se desconocían sus capacidades y los demás aspectos de su

condición humana. En la forma sustantiva de llamarlos, se definía a la persona por su discapacidad: el ciego Santiago, el mocho Sánchez, el bobo Domínguez, el loco Bendiciones. Aún más, algunas culturas a lo largo de la historia han atentado contra las personas con discapacidad, especialmente a los de discapacidad cognitiva y, para muchos, los circos fueron su refugio. En todo caso, su condición los marcó y los diferenció frente a sociedades que discriminaron su condición <sup>(11)</sup>.

En este orden de ideas, la OMS evidencia que la discapacidad es vista según el interés general y el sistema de valores de cada sociedad, por eso invita a los Estados miembros de la organización a promover políticas para ofrecer garantías de bienestar y de respeto por esta población <sup>(12)</sup>. De igual manera, cataloga a las personas con discapacidad como población vulnerable, de modo que es deber de los Estados velar por sus derechos y brindarles garantías para fomentar su salud y una adecuada atención a sus necesidades, reconociendo, igualmente, que las personas con discapacidad deben asumir asertivamente su salud, pues, trabajar por tener un cuerpo sano es una necesidad para evitar un mayor deterioro por enfermedad o complicaciones asociadas a la discapacidad <sup>(11)</sup>.

La promoción de la salud y la prevención de la discapacidad, de otro lado, busca generar estilos de vida saludables y factores protectores ante el riesgo de adquirir tal condición. Para las personas con discapacidad los buenos hábitos, las actitudes positivas y los comportamientos sanos conducen al auto cuidado que disminuye la probabilidad de posibles complicaciones. La rehabilitación es un proceso clave; de modo que, es preciso promover al máximo la autonomía y la independencia personal para prevenir mayores consecuencias de la discapacidad y facilitar la integración al medio familiar, social y ocupacional <sup>(4)</sup>.

Por último, la OMS señala que en las próximas décadas la discapacidad será motivo de mayor preocupación, ya que su prevalencia irá en aumento como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de enfermedades crónicas en el mundo.

### 3.2 Epidemiología de la Discapacidad

Según la Encuesta Mundial de Salud (EMS) de la OMS, cerca de 785 millones de personas (15,6%) han vivido con alguna discapacidad; mientras que, para el indicador epidemiológico Carga Mundial de Morbilidad (CMM) esta cifra aumenta a 975 millones aproximadamente (19,4%). Adicionalmente, aquella encuesta subraya que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) han tenido dificultades muy significativas de funcionamiento; en tanto que, para la CMM la cifra ronda los 190 millones de personas (3,8%) con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera) <sup>(1, 11)</sup>.

En el 2005, según los datos estadísticos del DANE <sup>(19)</sup> y del RLCPD <sup>(2)</sup>, la población colombiana tiene 2'624.828 de personas con discapacidad, un equivalente al 6,3% de la población total, una cifra que aumenta según los datos del 2015 con 3.051.217 de personas; un hecho que conduce a pensar que las unidades generadoras de información realizan continuamente nuevos registros de personas <sup>(2)</sup>. En este sentido, en el año 2017, se delimita que, de casi 48 millones de colombianos, aproximadamente 7.5 millones tienen alguna discapacidad <sup>(20)</sup> y, de igual manera, para diciembre de 2019, existe en total 1.298.738 de personas con discapacidad identificadas y localizadas en el RLCPD, una cifra equivalente al 2,3% de la población total nacional <sup>(2)</sup>.

Debido a la incidencia del conflicto armado y a la alteración del orden público, se estima que en Colombia existe una prevalencia todavía mayor de la discapacidad. El desplazamiento forzado, los ataques a la población civil y las minas anti personal, por un lado, así como la falta de acceso a seguridad social, los accidentes y los desastres naturales, por el otro, son factores que aumentan el riesgo de adquirir una discapacidad <sup>(20)</sup>.

Por otro lado, según un estudio del Ministerio de Salud <sup>(2)</sup>, las principales dificultades permanentes a las que se enfrentan las personas con discapacidad, incluidas en el RLCPD, se presentan en actividades relacionadas con caminar, correr y saltar (50,2%), pensar y memorizar (37,0%), percibir la luz, distinguir objetos o individuos a pesar de usar lentes (28,0%), desplazarse a intervalos cortos por problemas respiratorios o del corazón (25,2%), hablar (20,2%), manipular objetos (18,7%) y controlar las posiciones del cuerpo (17,0%).

El estudio realizado por Piédrola <sup>(21)</sup> en la ciudad de Bogotá, y según la información asentada en el RLCPD <sup>(2)</sup>, encuentra que las estructuras corporales más afectadas están relacionadas con el movimiento (54,9%) y en segundo lugar con el sistema nervioso (48,9%). Además, las políticas de inclusión no son efectivas para mejorar los procesos de participación social; de modo que, la población con discapacidad es una de las más vulnerables en el país y en su distrito capital.

Otro estudio realizado en Sabaneta -Antioquia- en 2013, describe las características sociodemográficas, de tipo de discapacidad, de participación social y las condiciones generales de salud y de rehabilitación, mediante el registro de 435 personas con discapacidad en la ciudad. La estructura con mayor deficiencia corresponde al sistema nervioso con el 71% y las barreras más significativas fueron la participación social, así como las dificultades en el acceso a la educación y al mercado laboral <sup>(22)</sup>.

Según los resultados del *Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2018* <sup>(23)</sup>, se demarca que entre el censo general de 2005 y de 2018, las personas con dificultades en el funcionamiento humano aumenta en un 19,4% (500.000 mil más aproximadamente); igualmente, el 54% corresponde a mujeres, mientras que el 46% corresponde a hombres; frente a la participación por edades, se registra que la mayor cantidad de personas que presentan dificultades para la realización de actividades diarias está en el grupo de los hombres entre los 15 y 59 años con un 51%, seguido de las mujeres, del mismo rango etario, con un 49%; se resalta, igualmente, que 21 de cada 100 personas es mayor de 60 años y presenta dificultad para el movimiento, que el 71.5% es catalogado dentro del estrato socioeconómico 1 y 2 y que el 27% de la población refiere dificultad para mover el cuerpo, caminar, o subir escaleras; finalmente, el 53,1% relata mecanismos de apoyo como uso de sillas de ruedas o bastones.

En el año 2015, la plataforma virtual del Ministerio de Salud registra para la ciudad de Manizales 15.462 personas con discapacidad. Esta información es actualizada en 2017 mediante un proceso de verificación de registros con las siguientes novedades: el 48% de la población aparece retirada y el 52% activa. La población retirada presenta características como fallecimiento, mal diligenciamiento del RCLPD, cambio de documento o retirado por no tener discapacidad <sup>(24)</sup>.

### 3.3 Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

La CIF es declarada por la OMS, según sostuvo Jiménez Bunuales et al. <sup>(17)</sup>, como la nueva clasificación estándar para la discapacidad, su uso es recomendado para entenderla, planificar intervenciones y monitorear el progreso de los Estados hacia el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos de las personas con discapacidad. Su objetivo es aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente que permita describir el funcionamiento humano y de la discapacidad, utilizando una visión universal sobre ella. De igual manera, la CIF forma parte de la familia de clasificaciones de la OMS que proporcionan un marco conceptual uniforme para la comprensión social de las distintas realidades en materia de salud que generen un diálogo y logren mejorar la comunicación entre sus profesionales, los investigadores de las distintas disciplinas, los diseñadores de políticas sanitarias y la población en general, incluidas las personas con discapacidad.

El proceso de Certificación y Registro de Discapacidad en Colombia se fundamenta en el marco conceptual propuesto por la OMS <sup>(13)</sup> a través de la CIF, la cual entiende la salud y sus dimensiones desde tres componentes esenciales:

1. Las estructuras y funciones corporales. Su ausencia o alteración conduce a deficiencias.
2. Las actividades. Ubicadas en el nivel del desempeño individual de tareas y cuyas dificultades conllevan a las limitaciones.
3. La participación. Componente relacionado con el nivel del desenvolvimiento en las situaciones sociales y que, al no poder desarrollarse de forma socialmente estipulada acarrea a restricciones.

Conocer el tipo de lesión que tiene la persona con discapacidad requiere de la aplicación de herramientas que brinden, a su vez, un contexto asertivo para direccionar las intervenciones según las necesidades de cada individuo y los requerimientos urgentes para promover su participación; en otros términos, conocer el diagnóstico brinda claridad sobre las posibles intervenciones que se pueden generar y la comprensión del nivel de discapacidad que tienen las personas <sup>(2, 25, 26, 27)</sup>.

Existen varias herramientas, entre ellas la CIF, que permiten determinar el nivel de discapacidad según las características presentadas por cada persona y que, además, ayudan a definir el diseño de su rehabilitación a corto, mediano y largo plazo. Se recuerda que la CIF es el instrumento propuesto por la OMS para codificar el grado de discapacidad, el lugar donde se etiqueta cada lesión y que define los componentes de la salud relacionados con el bienestar: la educación y el trabajo, entre otros <sup>(1)</sup>. Las unidades de clasificación de la CIF catalogan la salud y los estados relacionados con ella. Es importante tener presente, que la CIF NO clasifica personas, sino que describe su situación <sup>(2)</sup>.

### **3.4 Lesión Medular**

#### **3.4.1 Definición**

La Organización Mundial de la Salud <sup>(7)</sup> enmarca a la lesión de la médula espinal como un estado médico complejo, que trastorna la vida de millones de personas en el mundo. Se refiere a los daños en médula espinal provocados por un traumatismo (un accidente de tránsito, por ejemplo) o por una enfermedad no traumática o degenerativa (tuberculosis). La lesión medular abarca al bebé que nace con espina bífida, al trabajador de la construcción que cae de un andamio, a las víctimas de conflictos bélicos por armas de fuego y a las personas de edad avanzada que la adquirieren por una osteoporosis o de un tumor.

La lesión medular es concebida como el resultado de la interrupción de las vías nerviosas que comunican el cerebro con el resto del organismo. Esta interrupción ocasiona un cese de las funciones motoras, sensitivas y vegetativas en la parte del cuerpo que queda por debajo del nivel de la lesión y que produce, posiblemente, falta de control de esfínteres, trastornos de la sexualidad y la fertilidad, alteraciones del sistema central vegetativo y riesgo de otras complicaciones como úlceras de decúbito, espasticidad, alteraciones renales, entre otros, que son irreversibles en la mayoría de los casos <sup>(28)</sup>.

La lesión medular, entendida como una condición neurológica con consecuencias corporales, tiene un impacto sobre el bienestar físico, psicológico y social de la persona, pues la conduce a un grado de discapacidad variable que altera el entorno social dentro del cual ejecuta sus acciones cotidianas, alterando, además, su calidad de vida y generando altos costos ocupacionales y de salud debido al intensivo cuidado requerido en el corto tiempo y a las complicaciones secundarias a largo plazo <sup>(27, 28, 29, 30)</sup>.

Las lesiones medulares son clasificadas de acuerdo con el último nivel intacto, es decir, aquel que preserva todas las funciones neurológicas, motoras, sensitivas y autonómicas. En este marco, son inventariadas de acuerdo con la funcionalidad clínica de la persona como cervicales (C1 a C8), torácicas altas (T1 a T6), torácicas bajas (T7 a T12), lumbosacras (L1 a S1) y del cono medular (sacro coccígeas). Mientras más alta es la lesión, mayor compromiso funcional del paciente <sup>(31)</sup>.

### **3.4.2 Epidemiología de Lesión Medular**

Mientras que el 15 % de la población del planeta se ve afectado por alguna discapacidad, menos del 0,1% corresponde una lesión de médula espinal. La incidencia mundial de las lesiones espinales traumáticas y no traumáticas se sitúan, probablemente, entre 40 y 80 casos por millón de habitantes. Y sobre la base de la población mundial estimada en 2012, cada año entre 250.000 y 500.000 personas sufren este tipo de lesión <sup>(10)</sup>.

Según el informe de la OMS et al. <sup>(7)</sup> *Lesiones de la médula espinal: perspectivas internacionales*, del año 2014, la incidencia de las lesiones medulares traumáticas, discriminada por países, varía entre 13 y 53 por millón de habitantes. Históricamente, hasta el 90% de los lesionados medulares son de origen traumático, pero datos de estudios más recientes indican un leve aumento en la tendencia de lesiones de origen no traumático; las investigaciones disponibles reportan, en este sentido, una incidencia de las lesiones no traumáticas de 26 por millón de habitantes.

Las lesiones medulares tienen un alto impacto en la salud de la población, tanto en la mortalidad como en la morbilidad y la discapacidad. Así mismo, en el año 2000 murieron en el mundo cinco millones de personas como consecuencia de lesiones medulares, lo cual supuso una tasa de mortalidad de 83,7 por 100.000 habitantes, en ese mismo año las lesiones representaron el 9% de la mortalidad mundial y el 12% ocasionó discapacidad <sup>(32.)</sup>.

Por otra parte, investigaciones encargadas de cuantificar la incidencia anual mundial de lesiones medulares, reportan entre 15 y 41 casos por millón de habitantes; España, por ejemplo, presenta una prevalencia estimada de 350 casos por millón de habitantes en 1998, mientras hace 15 años, respecto a la época, la incidencia estaba entre 12 y 20 casos por millón de habitantes durante un año. Es así como aproximadamente 1.000 españoles han sufrido cada año una lesión medular traumática elevándose por encima de 30.000 el total de afectados <sup>(33,34)</sup>.

Los principales factores que generan lesión medular corresponden a los accidentes de tránsito, las caídas y la violencia. En África, por ejemplo, los traumas por accidentes de tránsito predominan con cerca del 70% de los casos, una importante causa subyacente de lesiones medulares que, en otras regiones del mundo como Asia sudoriental y el Pacífico occidental representan el 40% y el 55%, respectivamente. Las caídas, segunda causa de la lesión medular, comprenden poco más del 40% de todos los casos en las regiones de Asia sudoriental y en el Mediterráneo oriental. La región africana reclama para sí el menor porcentaje de caídas como origen de lesiones medulares con el 14% de los casos. Por otro lado, los índices de agresión como causa de lesión medular (ya sea por violencia externa o auto-infligida, principalmente por armas de fuego) varían considerablemente entre las regiones. En este sentido, las Américas, África y el Mediterráneo oriental declararan los porcentajes más altos con el 14%, el 12% y el 11%, respectivamente. Los accidentes laborales ocasionan, por otro lado, al menos del 15% de todos los casos de lesión medular traumática en el mundo. En todas las regiones, los deportes y las actividades de ocio suscitan menos del 10% de los casos. En algunos países, las tentativas de suicidio contribuyen con más del 10% de los casos de lesión medular traumática <sup>(10)</sup>.

Por su parte, el sur de Asia y Oceanía reportan caídas desde los tejados y los árboles como la causa principal. Las tasas de caída también son altas en las regiones desarrolladas con poblaciones envejecidas, como Japón y Europa occidental, y la violencia y las autolesiones,

relacionadas con armas de fuego, fueron mayores en América del Norte (15%) que en Europa occidental (6%) o en Australia (2%). Las tasas de lesiones por armas de fuego también son altas en el norte de África, el Medio Oriente (24%) y América Latina. (22%) <sup>(28)</sup>.

Otra revisión epidemiológica mundial, cuyos datos de incidencia son comparables solo para las regiones de América del Norte (39 por millón), Europa occidental (15 por millón) y Australia (16 por millón), establece que la principal causa de lesión traumática de la medula espinal son los vehículos de cuatro ruedas; a diferencia del sudeste asiático donde predomina el transporte por carreta de dos ruedas <sup>(35)</sup>.

De acuerdo con las investigaciones de Capó <sup>(36)</sup> y con el estudio sobre la India de Chhabra y Arora <sup>(37)</sup>, la causa más frecuente de lesión medular se debe a los accidentes de tránsito. El estudio de Löfvenmark et al. <sup>(38)</sup> sobre Botsuana refiere, de otro modo, que estos accidentes también son el origen más frecuente de dichas lesiones, seguido de los asaltos y las caídas; además de las lesiones por armas de fuego en un número considerable, pues su incidencia en la lesión medular esta entre un 13 y un 44%.

La investigación de Chiu et al. <sup>(39)</sup> que compara las causas de la lesión medular entre los países en desarrollo y los países desarrollados, determina el doble de mortalidad de los primeros, es decir, las tasas de incidencia varían considerablemente evidenciando una diferencia de 2:1 respecto a sus tasas de mortalidad; igualmente, los hombres y las personas de 30 a 50 años de edad tienen el mayor riesgo de contraer una lesión y de morir en los países señalados. Los accidentes de tráfico, por último, son la principal causa de lesiones en los países del norte global, mientras que las caídas son la principal causa en los países del sur global.

Una investigación realizada en São Paulo, Brasil <sup>(35)</sup>, analiza 359 historias clínicas durante seis años; en ellas, se observa un predominio de pacientes masculinos, con el 83%, y las causas más frecuentes de lesión medular corresponden a las caídas, con un 42%, los accidentes de tráfico, con el 38%, seguidas de las armas de fuego, con el 14%, y el salto en aguas poco profundas, con el 6%.

Respecto a Colombia, las causas más frecuentes de lesión medular son los accidentes de tránsito (43%), seguido por las caídas (31,9%), los accidentes laborales (17,2%), las lesiones por

sumersiones (3%), e intentos de autolisis (3%). Estas lesiones son más comunes en los hombres de todas las edades, especialmente jóvenes entre 16 y 35 años, con un segundo pico en adultos entre 60 y 65 años. En relación con el nivel de lesión y el grado de afectación neurológica, las lesiones cervicales y las incompletas son las más comunes <sup>(28)</sup>.

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses establece, en 2005, que los accidentes de tránsito son responsables de cerca de 1.036 traumas en las regiones del cuello y del área pélvica, lo que representa el 2,9% de las personas con traumatismos por accidentes de tránsito en el país. <sup>(40)</sup>. No obstante, la causa principal de las lesiones medulares son las heridas por armas de fuego con un 50%, seguida por los accidentes automovilísticos con el 15% y las caídas con el 14%, aproximadamente <sup>(28)</sup>. El estudio de Mesa et al. <sup>(41)</sup>, sostiene que la mortalidad en un traumatismo de médula espinal es de alrededor del 13%.

En otro orden de ideas, las complicaciones propias de la lesión medular se suman a otras inherentes a la edad; la revisión de Cabello Granado y Arévalo-Velazco <sup>(33)</sup> concluye la existencia de una prevalencia mundial entre 223 y 755 casos por millón de habitantes y una incidencia global de casos de lesión medular entre 10,4 y 83 por millón de habitantes durante un año.

### **3.4.3 Complicaciones Clínicas de la Lesión Medular**

La lesión medular es considerada un evento patológico con pronóstico variable; por esta razón, desde su diagnóstico se debe iniciar un proceso que ayude a minimizar las consecuencias para la persona, partiendo de la rehabilitación clínica y social; en este punto, todos los profesionales de la salud deben tener la educación necesaria para evitar posibles complicaciones, garantizando el manejo integral del paciente <sup>(34)</sup>.

El riesgo de muerte después de una lesión medular alcanza el punto máximo para el paciente durante el primer año después del suceso que, posteriormente, sigue siendo alto en comparación con el resto de la población. Adicionalmente, estos pacientes tienen de dos a cinco veces más de probabilidades de morir prematuramente. Conocer, entonces, sobre las complicaciones que pueden presentarse ayuda a tener un mejor panorama de los procesos de

atención en salud requeridos, contribuyendo, con ello, a minimizar los factores de riesgo que conllevan a la morbilidad de la población afectada <sup>(14)</sup>.

El estudio publicado en 2020 por Rodríguez et al. <sup>(14)</sup> (referente a las características clínicas, las complicaciones secundarias y los apoyos a las personas con lesión medular en Asturias, España), delimita que el 46,5% de los pacientes presentan úlceras por presión, del cual el 26,2% muestra este tipo de lesiones en múltiples zonas del cuerpo, un 7,1% presenta úlceras sacras y un 4,8% úlceras occipitales, solo un 3,6% en los dedos del pie y un 2,4% en los talones. Dentro de las complicaciones urológicas, un 68,7% tuvo vejiga neurógena, del cual el 31,3% manifiesta esta afección sumada a infecciones del tracto urinario (ITUS), otras complicaciones son la urgencia miccional con un 4,8% y la incontinencia con un 2,4%.

Respecto a las complicaciones gastrointestinales, el 60,2% presenta intestino neurógeno, el 8,4% estreñimiento, el 1,2% incontinencia y otro 1,2% incontinencia de gases; mientras que, el 28,9% no muestra ninguna alteración gastrointestinal. Por último, el 30,1% experimenta dolor neuropático, frente al 19,3% con dolor mecánico <sup>(14)</sup>.

Por otro lado, el 46,4% exhibe espasticidad muscular y el 3,6% crisis de disreflexia autonómica. En relación con las complicaciones en la salud mental, el 30,1% sufre síndrome ansioso-depresivo, el 3,6% intento autolítico y el 1,2% insomnio; se anota que, el 16,9% presenta las mismas enfermedades mentales previas a la lesión y un 2,4% tiene otras enfermedades de la esfera mental <sup>(14)</sup>.

### **3.5 Proceso de Rehabilitación para Personas con Lesión Medular**

Entre el 55% y el 66% de las personas con lesión medular incompleta, el proceso de recuperación motora ocurre durante los dos primeros meses tras la lesión; sin embargo, la recuperación continúa, de forma más lenta, después de tres a seis meses y puede durar hasta dos años de ocurrido el suceso. Por otra parte, solo el 3% de los pacientes con lesiones completas recuperan su fuerza funcional en los miembros inferiores después de las primeras semanas de haber adquirido la lesión <sup>(28)</sup>.

Descrito lo anterior, los objetivos de la rehabilitación en los pacientes con lesión medular establecidos son <sup>(42)</sup>:

- Evitar complicaciones en diferentes sistemas por el decúbito prolongado.
- Potenciar la capacidad funcional del paciente con trauma raquímedular mediante actividades terapéuticas que faciliten lograr independencia y funcionalidad (física, emocional y social).
- Lograr la incorporación social y familiar (activa, independiente y satisfactoria).
- Restablecer la autoestima y favorecer un estado de ánimo constructivo, capaz de potenciar las capacidades preservadas.
- Informar y asesorar al entorno familiar sobre la comprensión y manejo de la nueva situación.

El cumplimiento de los objetivos de la rehabilitación exige una evaluación funcional que permita entender el perfil integral de la persona afectada a nivel físico, psicológico y social; de esta manera, es posible identificar con exactitud las áreas en las que se manifiesta una necesidad para desarrollar las intervenciones que resulten más apropiadas para aumentar la independencia y la autonomía personal <sup>(43)</sup>.

### **3.5.1 Profesionales que Intervienen en la Rehabilitación**

La rehabilitación hace parte del proceso de recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad. En este contexto, los profesionales, generalmente de la salud, son los responsables de abordar a la persona de manera integral para lograr la recuperación y el bienestar deseado, manteniendo objetivos claros y realizando intervenciones asertivas que ayuden a promover las metas planteadas <sup>(28)</sup>.

Profesionales encargados de intervenir en los procesos de rehabilitación <sup>(42)</sup>:

- Médicos rehabilitadores o médicos especialistas en fisioterapia: a esta especialidad médica concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad para facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.

- Fisioterapeutas: profesionales encargados de emplear técnicas de ejercicio físico y modalidades terapéuticas, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades.
- Terapeutas ocupacionales: responsables de la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, también orientan y estimulan el desarrollo de las independencias funcionales, el uso del tiempo libre y el perfil ocupacional.
- Enfermeros: facultados en el cuidado y orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.
- Psicólogos: enfocados en minimizar el impacto de la discapacidad, optimizar las habilidades de afrontamiento, favorecer la recuperación de roles familiares y sociales, reducir el impacto de la situación de discapacidad en la organización familiar, reestructurar el proyecto vital y posibilitar el proceso de adaptación; es decir, asistir a la persona para potencializar sus recursos personales y fortalecer habilidades para afrontar la nueva condición médica.

Otros profesionales con el potencial de ser incluidos en el equipo de rehabilitación conciernen a los técnicos ortesistas, trabajadores sociales, orientadores laborales, médicos de otras disciplinas como neurólogos, traumatólogos, neurocirujanos y nutricionistas. De igual manera, el equipo rehabilitador debe disponer con los recursos suficientes que fomenten una atención integral para la rehabilitación, de acuerdo a lo estipulado en la legislación de cada país <sup>(42)</sup>.

Es pertinente señalar que, los profesionales de la salud que garantizan la supervivencia de la persona con lesión medular, resaltan las variables psicosociales intervinientes durante el proceso de rehabilitación; ya que, tras la estabilización de lesión, emergen o cobran relevancia distintas situaciones psicológicas y sociales <sup>(42, 43)</sup>.

Debido a las consecuencias severas de la discapacidad, los servicios de rehabilitación toman un papel relevante en la sociedad. Así lo reconoce el Proyecto de Plan de Acción Mundial de la OMS sobre Discapacidad 2014-2021, citado por Angulo Brisn et al. <sup>(43)</sup>, donde sostiene la necesidad de mejorar la salud de todas las personas con discapacidad mediante el reforzamiento y

la ampliación de los servicios de rehabilitación, mejorando su habilitación, la tecnología auxiliar y la asistencia; sin desconocer la importancia de promover la rehabilitación de ámbito comunitario.

### **3.5.2 Participación Social.**

La intervención destinada a la rehabilitación de la persona con lesión medular debe dimensionar los aspectos físicos, psicológicos y sociales, asociados a este estado de salud, con el propósito de trascender los enfoques tradicionales, de carácter asistencial y terapéutico, e incursionar en otras propuestas más integradoras y enfocadas a aumentar las capacidades cotidianas del individuo, como ser activo de la sociedad <sup>(30)</sup>.

En este sentido, la lesión medular es considerada como una condición a ser tratada mediante intervenciones que no parten solo desde lo clínico; puesto que, es necesario el tratamiento psicosocial para mejorar la atención y el acompañamiento estratégico, cruciales en la rehabilitación. Las redes de apoyo psicosocial brindan, asimismo, soporte sobre aspectos relacionados con la incorporación al mercado laboral, la educación y la organización familiar, entre otros componentes, que integrados proporcionan beneficios para la salud de los pacientes <sup>(42, 17, 44)</sup>.

Para facilitar lo anterior, se propone la creación de diferentes escalas para medir la participación social de las personas en condición de discapacidad; no obstante, muchas de ellas son dispendiosas de diligenciar, en tanto son muy extensas y poco prácticas para el médico y la comunidad en general <sup>(43)</sup>.

Por otro lado, uno de los principios de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad gira en torno a “Procurar que todas las personas participen plenamente en la sociedad” <sup>(3)</sup>. De ahí la importancia de los procesos de rehabilitación no sólo física y funcional, sino también psicosocial que garanticen su incorporación como seres humanos y ciudadanos con derecho a la participación política y todos los procesos democráticos dentro del Estado Social de Derecho <sup>(3)</sup>. La Convención amplía de manera integral la promoción y la protección de los derechos de las personas con discapacidad, otorgándoles dignidad y promoviendo su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural en todo el mundo <sup>(3, 41)</sup>.

En Colombia, el Ministerio de Salud promueve la Ley Estatutaria 1618 del 2013 para el reconocimiento de la discapacidad desde la perspectiva social y de Derechos Humanos. Todos los sectores deben reconocerse, entonces, como competentes en el tema para garantizar los derechos de la población con discapacidad y no solo como creadores de programas y servicios para atender necesidades particulares. El reto es adoptar medidas incluyentes y de participación que valoren la diversidad y promuevan el desarrollo de la capacidad de las personas con discapacidad <sup>(17)</sup>.

### **3.5.3 Participación en Salud**

El acceso a los servicios de salud se entiende como “el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga plenamente” <sup>(45)</sup>. El acceso a este servicio en Colombia es un tema de interés público desde hace varios años; sin embargo, las investigaciones se centran en la población en general y no se discute profusamente el acceso de las personas en condición de discapacidad <sup>(46, 47)</sup>.

Específicamente en Bogotá, la Fundación Saldarriaga-Concha, con más de 40 años de trabajo por la inclusión de la población con discapacidad, realiza un estudio en el que encuentra que las principales barreras relacionadas con los servicios en salud son la falta de calidad, amabilidad e integralidad de la atención, al igual que la pobre cobertura en el servicio y la creencia generalizada de que la rehabilitación es un proceso costoso para el asegurador, así como la falta de inclusión de las ayudas técnicas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y las barreras arquitectónicas de los centros que prestaron el servicio <sup>(46, 47)</sup>.

Una vez entendida la discapacidad como un asunto social, el sector salud tiene la responsabilidad de facilitar y mejorar la respuesta adecuada y oportuna de sus servicios como un primer paso en el proceso de inclusión a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación que incluyan a otros sectores y que modifiquen el imaginario sobre la discapacidad, hacia una perspectiva de capacidades y habilidades <sup>(46)</sup>.

### **3.5.3 Participación en Educación**

Existen barreras relacionadas con factores físicos y ambientales (geográficos y arquitectónicos), institucionales (políticas públicas), asistenciales (calidad en la prestación del servicio) y sociales (actitudes, percepciones, y discriminación) que impiden que las personas con discapacidad participen de los procesos educativos en todo el país <sup>(48, 49)</sup>.

So pena de las políticas públicas destinadas a incluir a la población con discapacidad en términos de igualdad, estas no se materializan dentro de los salones de clase; pues se identifican factores que afectan el proceso de incorporación e inclusión en el sistema educativo tales como: el número de estudiantes por salón de clase, los recursos inadecuados o inexistentes y la falta de preparación del profesor para asumir la condición de su estudiante y atender a sus necesidades particulares, sumadas a su carga laboral <sup>(48, 49)</sup>.

### **3.5.4 Participación Laboral**

Otro aspecto a analizar frente a los procesos de participación es el empleo, pues un trabajo estable y convenientemente remunerado brinda garantías de promoción social para todas las personas, especialmente aquellas en condición de discapacidad. Las oportunidades de acceso y las posibilidades de permanencia en el mundo laboral que proporcionan a estas personas, como al resto de la sociedad, independencia económica y seguridad en sí mismas, confianza en su hacer y mejoramiento de su valoración personal tras favorecer el sentimiento de utilidad y reconocimiento social <sup>(50)</sup>.

En el marco de las normas internacionales, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) promueve la igualdad de oportunidades y de trato para las mujeres y hombres con discapacidad, así como la no segregación y discriminación por motivos de su condición. Este organismo estimula, por consiguiente, programas de acción para el fomento de empleo productivo y decente para los individuos con discapacidad <sup>(51)</sup>.

Las personas en condición de discapacidad, de otro lado, tienen mayores probabilidades de estar desempleadas y cuando trabajan ganan, generalmente, menos que sus compañeros. Los datos

de la Encuesta Mundial de Salud indican que la tasa de empleo es menor entre los hombres y mujeres con discapacidad, con un 53% y un 20%, respectivamente, en comparación con sus congéneres no discapacitados, con un 65% y 30% <sup>(1,11)</sup>. Otro estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), realizado en 27 países, evidencia que las personas con discapacidad en edad de trabajar, en comparación con sus homólogas no discapacitadas, experimentan desventajas significativas en el mercado laboral <sup>(52)</sup>.

De otra parte, una investigación que revisa la situación laboral de las personas con discapacidad en España, encuentra que entre los factores que dificultan su inserción en el mercado laboral está su bajo nivel educativo y de cualificación profesional, la falta de motivación para desempeñarse laboralmente, la escasa información recibida sobre la labor a desarrollar, la actitud negativa de algunos empleadores y las dificultades para acceder a las fuentes de financiación para crear microempresa, así como las dificultades de acceso en el transporte público y en los centros de formación laboral <sup>(53)</sup>.

Esta revisión identifica, igualmente, otras barreras experimentadas por las personas con discapacidad para su inclusión laboral relacionadas con la limitación de oportunidades y la marginación social. Obstáculos del entorno físico que limitan o impiden el acceso, la movilidad y la comunicación; las barreras psicosociales, tales como la excesiva protección familiar, las deficiencias educativas y formativas, la desmotivación, la falta de información y de orientación profesional; y las barreras mentales, como la autoexclusión del mercado de trabajo y la dependencia de las políticas de protección social <sup>(53)</sup>.

Una investigación realizada Estados Unidos revisa artículos publicados desde 1978 hasta 2008 relacionados con las tasas de empleo, las barreras y los beneficios laborales que cobijaron a las personas con discapacidad por lesión medular. Se encuentra la existencia de 11 factores asociados con el nivel laboral de estas personas, entre los cuales se destaca el bajo nivel educativo, la falta de transporte público, las deficiencias en el beneficio del seguro social y la actitud negativa del empleador <sup>(54)</sup>.

En el contexto nacional, las cifras del DANE y del Ministerio de Salud de 2017 evidencian que el 6,4% de los ciudadanos tiene algún tipo de discapacidad, de ellos el 52% está en edad de

trabajar y solo el 15% labora <sup>(48)</sup>. Cifras corroboradas, según el Observatorio Nacional de Discapacidad <sup>(55)</sup>, por múltiples estudios que hallan barreras de todo tipo para emplear a las personas con discapacidad. A este respecto, los factores que afectan la inclusión laboral son: el desconocimiento de los empleadores sobre temas relacionados con la discapacidad, la sobreprotección familiar y la escasa información que tienen las personas con discapacidad y sus cuidadores sobre sus derechos laborales.

Pese a lo expuesto, existen alternativas laborales que promueven la inclusión de las personas con algún tipo de discapacidad, en especial aquellas con lesión medular. La alternativa más llamativa es el teletrabajo, entendida como una modalidad laboral que permite una contratación estable con ventajas relacionadas con la realización de actividades laborales desde casa <sup>(48)</sup>.

Unas de las razones por las cuales las empresas no contratan población en condición de discapacidad se debe al temor de no garantizar las condiciones laborales apropiadas para ellas; no obstante, existen empresas que consideran la inclusión social dicha población como un recurso humano valioso debido a sus características particulares <sup>(24)</sup>.

Si bien las cifras no son alentadoras, las instituciones públicas y privadas trabajan en la construcción y fomento de políticas públicas para que las personas en condición de discapacidad puedan incorporarse en el mercado laboral, una de estas políticas comprende beneficios tributarios para las empresas que vinculen laboralmente a estas personas <sup>(50)</sup>.

### **3.6 Instrumento Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)**

El RLCPD es la herramienta que permite recolectar información continua y actualizada de las personas con discapacidad, para localizarlas y caracterizarlas en todas las regiones del país, departamentos, distritos, municipios y localidades. Su propósito es disponer de información a nivel nacional para apoyar el desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a garantizar los derechos de las personas con discapacidad en Colombia <sup>(2,55)</sup>.

La inscripción en el RLCPD <sup>(2,55)</sup> es voluntaria, parte del auto reconocimiento de la condición de discapacidad, no se exige ningún tipo de certificación y se hace a través de un formulario diligenciado en, aproximadamente, 40 minutos (Anexo 1).

Así mismo, la persona logra registrarse a través de las Unidades Generadoras de Datos (UDG) creadas para este fin en su lugar de residencia. Es así como el RLCPD <sup>(55)</sup> cuenta, a julio de 2013, con 996.967 registros, cifra equivalente al 37,87% de la población total proyectada. Según el Censo de 2005 <sup>(19)</sup>, 2'632.255 personas se reconocen con alguna limitación permanente; por eso, es preciso aclarar que la información presentada refleja los datos de la población registrada en el RLCPD y no hace referencia al total de la población con discapacidad en Colombia <sup>(55)</sup>.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social asume en noviembre de 2010 el manejo y la actualización del RLCPD, así como su articulación en el Sistema de Información de la Protección Social, lo que permite enriquecer la búsqueda por medio de cruces inmediatos con otros sistemas de información. A partir de esta fecha se validan los registros entregados por el DANE y se inicia con 790.000 personas registradas <sup>(55)</sup>.

El RLCPD registra e identifica diferentes tipos de discapacidad relacionadas con movimiento del cuerpo, las manos, los brazos y las piernas (33,5%), el sistema nervioso (23,3%), los ojos (13,8%), el sistema cardio-respiratorio (12,1%) y los oídos (5,2%) <sup>(55)</sup>.

La línea base permite realizar, según el Ministerio de Salud, un análisis descriptivo de las variables demográficas, de alteración permanente, limitaciones en la actividad, acceso a servicios de salud, educación, trabajo y participación social, partiendo de los indicadores disponibles que son agrupados por categorías; esto evidencia resultados referentes a los datos personales de las población con discapacidad, localización y vivienda, caracterización y origen de la discapacidad, atención en salud, participación social -educación, actividades familiares y comunitarias y laboral- entre otros <sup>(55)</sup>.

#### 4. Operacionalización de variables y definición de categorías

De las variables consideradas en el RLCPD, se tomaron las que aportaron para el cumplimiento de los objetivos del presente estudio.

A continuación, se detallan las variables seleccionadas.

**Tabla 1. Características sociodemográficas**

VARIABLE	DEFINICIÓN	RESPUESTA	TIPO DE VARIABLE	OBJETIVO
Sexo	Sexo definido en los registros de notificación obligatoria. (Cedula de ciudadanía).	Masculino Femenino	Cualitativa categórica dicotómica, medida a nivel Nominal	Caracterización socio demográfica
Edad	Cantidad de años de vida de cada paciente, registrado en los instrumentos de notificación obligatoria.	Número entero	Cuantitativa, numérica, discreta en su medición, medida a nivel de Razón	
Tipo de población	Conjunto de individuos que viven en un lugar preciso, espacios y obras de una comunidad.	1 habitante de la calle 2 población sisbenizada 3 población desmovilizada 4 población en condiciones de desplazamiento forzado 5 población rural migratoria 6 cabeza de familia 7 trabajador urbano	Nominal politómica	

		9 víctima de violencia armada		
Vive solo o acompañado	Compartir constantemente con otra persona diferente a ti todos los días. Es el hecho de vivir en compañía con otros individuos.	1 solo 2 acompañado	Nominal dicotómica	
Personas en su hogar	Conjunto de personas unidas por vínculos. Considerada como una comunidad natural, familia y/ o universal.	Número entero	Cuantitativa, numérica, discreta en su medición, medida a nivel de Razón	
Número de familiares con discapacidad	Individuos en la sociedad cuyas habilidades físicas o psicológicas no están suficientemente desarrolladas para llevar a cabo satisfactoriamente sus actividades cotidianas.	Número entero	Cuantitativa, numérica, discreta en su medición, medida a nivel de Razón	
Personas que tiene a cargo	Es el número de personas que tiene a cargo o bajo su responsabilidad un individuo.	Número entero	Cuantitativa, numérica, discreta en su medición, medida a nivel de Razón	

Personas a cargo menores de 12		Número entero	Cuantitativa, numérica, discreta en su medición, medida a nivel de Razón	
Personas a cargo mayores de 60		Número entero	Cuantitativa, numérica, discreta en su medición, medida a nivel de Razón	

Fuente: elaboración propia

**Tabla 2. Localización y vivienda**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>OBJETIVO</b>
Nombre de comuna	Subdivisión administrativa menor, que corresponde a una zona rural, urbana o mixta.	Resultado nombre	Nominal politómica	Caracterización socio demográfica
Barrio	Sección de una ciudad que presenta algunas características distintivas, varía en términos de tamaño de cantidad de población.	Resultado nombre	Cualitativa Nominal politómica	

Estrato socioeconómico	Estamento social al que pertenece una persona y sobre el que influye su capacidad de producción económica.	1 estrato 1 2 estrato 2 3 estrato 3 4 estrato 4 5 estrato 5 6 estrato 6 7 estrato 7	Cualitativa ordinal politómica
Servicios públicos	Actividades desarrolladas por una empresa pública o privada para satisfacer necesidades básicas, de bienestar y salubridad, de una población.	1 energía eléctrica 2 alcantarillado 3 gas natural conectado a red pública 4 teléfono 5 recolección de basuras 6 acueducto 7 ninguno	Cualitativa ordinal politómica
Tipo de vivienda	Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas.	1 casa 2 apartamento 3 cuarto 4 institución pública 5 institución privada 6 calle 7 otro tipo de vivienda	Cualitativa ordinal politómica
Posesión de la vivienda	Circunstancia bajo la cual posee el sitio de vivienda.	1 arriendo o sub arriendo 2 vivienda propia y está pagando 3 vivienda propia y totalmente pagada 4 vivienda de un familiar sin pagar arriendo 5 vivienda de un tercero sin pagar arriendo 6 otra condición	Cualitativa ordinal politómica

Fuente: elaboración propia

**Tabla 3. Caracterización del origen de la discapacidad**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>OBJETIVO</b>
Diagnóstico	Concepto que hace referencia al tipo de lesión según diagnóstico médico.	Término que hace referencia a lesión medular.	Cualitativa, nominal politómica	Participación en salud
Personas que generan actitudes negativas frente a la discapacidad	Son basadas en las creencias y puntos de vista de una persona por interferencias de la comunicación que surgen de las emociones humanas con tendencia a juzgar.	1 familiar 2 amigos compañeros 3 vecinos 4 funcionarios / empleados 5 otras personas	Cualitativa nominal politómica	
Barrera arquitectónica	Aquellos obstáculos físicos que impiden que determinados grupos poblacionales puedan llegar, acceder o moverse en un espacio.	1 dormitorio 2 sala-comedor 3 baño-sanitario 4 escaleras 5 pasillos-patio 6 andenes-aceras 7 calle, vías 8 parques plazas estadio, iglesia 9 praderas, terminales transporte 10 vehículo de transporte público 11 centros educativos 12 lugar de trabajo	Cualitativa nominal	

		<p>13 centros de salud hospitales</p> <p>14 centros comerciales, tiendas</p> <p>15 otros lugares</p> <p>16 ninguno</p>	
Medios de comunicación más utilizados por la persona con discapacidad.	Son herramientas e instrumentos que son utilizados actualmente en la sociedad para informar y comunicar algún mensaje.	<p>1 medios escritos</p> <p>2 radio</p> <p>3 televisión</p> <p>4 teléfono</p> <p>5 internet</p> <p>Ninguno</p>	Cualitativa nominal
Origen de su discapacidad	Evento que se identifica como desencadenante de su discapacidad	<p>1 condiciones de salud de la madre durante el embarazo</p> <p>2 complicaciones durante el parto</p> <p>3 enfermedad general</p> <p>4 alteración genética, hereditaria</p> <p>5 lesión auto infligida</p> <p>6 enfermedad profesional</p> <p>7 consumo de psicoactivos</p> <p>8 desastre natural</p> <p>9 accidente</p> <p>10 víctima de violencia</p> <p>11 conflicto armado</p>	Cualitativa nominal politómica

		12 dificultades en la prestación de servicios de salud 13 otras causas	
--	--	---	--

Fuente: elaboración propia

**Tabla 4. Caracterización de la atención en salud**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>OBJETIVO</b>
Recibió educación y orientación de su discapacidad	Proceso mediante el cual se suministran las herramientas y conocimientos esenciales al individuo para que los practique en su vida cotidiana.	1 Sí 2 No	Cualitativa nominal dicotómica	Características clínicas y de rehabilitación
Tipo de atención médica en el último año	Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.	1 atención general en salud 2 atención en salud por causa de su discapacidad 3 ninguna	Cualitativa nominal politómica	
Recibió Atención en salud por su discapacidad	Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud. Con la rehabilitación del paciente en todos los niveles.	1 Sí 2 No	Cualitativa nominal dicotómica	
Indicaciones de tratamiento	Cualquier producto fabricado o disponible en el mercado para prevenir,	1 ayudas técnicas 2 prótesis 3 medicamentos	Cualitativa nominal politómica	

	compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias o limitaciones en la actividad, así como restricciones en la participación.	4 ninguna		
Requiere ayuda para actividades de vida diaria	La persona requiere ayuda para alimentación, higiene, vestido, transferencias y traslados.	1 Sí 2 No	Cualitativa nominal dicotómica	
Persona que administra la ayuda	Persona que ayuda con la alimentación, higiene, vestido, transferencias y traslados.	1 algún miembro del hogar 2 personas externas no empleada 3 persona externa empleada para ayudarlo 4 otra	Cualitativa nominal politémica	
Tipo de rehabilitación ordenada	Diferentes procesos que se llevan a cabo para dar tratamiento a algunas enfermedades.	1 medicina física y de rehabilitación 2 psiquiatría 3 fisioterapia 4 fonoaudiología 5 terapia ocupacional 6 optometría 7 psicología 8 trabajo social 9 medicamentos permanentes 10 otro tipo de rehabilitación 11 ninguno	Cualitativa nominal politémica	

Actualmente asiste a rehabilitación		1 Sí 2 No	Cualitativa nominal dicotómica
Quién paga la rehabilitación	Conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posible.	1 el sistema general de salud 2 la familia 3 personalmente 4 una ONG 5 el empleador 6 otro	Cualitativa nominal politómica
Motivo de no recibe servicio de rehabilitación	Encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica.	1 ya terminó el servicio de rehabilitación 2 cree que ya no lo necesita 3 no le gusta 4 falta de dinero 5 el centro de atención queda muy lejos 6 no hay quien lo lleve 7 no ha sido autorizado por el asegurador 8 no sabe	Cualitativa nominal politómica

Fuente: elaboración propia

**Tabla 5. Caracterización en procesos de participación en educación**

VARIABLE	DEFINICIÓN	RESPUESTA	TIPO DE VARIABLE	OBJETIVO
Actualmente estudia	Ejercitar el entendimiento para adquirir el conocimiento de una cosa, aprender un arte o una profesión.	1 Sí 2 No	Cualitativa nominal dicotómica	Participación en vida social y comunitaria
Causa por la que no estudia	Ejercitar el entendimiento para adquirir el conocimiento de una cosa, aprender un arte o una profesión. Periodo de tiempo en que un individuo asiste a la escuela para estudiar y aprender el tiempo en que dura la enseñanza obligatoria.	1 porque ya terminó o considera que no está en edad escolar 2 costos educativos elevados o falta de dinero 3 por falta de tiempo 4 no aprobó el examen de ingreso 5 falta de cupos 6 no existen centros educativos cercanos 7 necesita trabajar 8 no le gusta o no le interesa el estudio 9 perdió el año o fue expulsado 10 su familia no quiere que estudie 11 por su discapacidad 12 otra razón	Cualitativa nominal politómica	
Escolaridad		1 pré-escolar 2 básica primaria 3 básica secundaria 4 técnico o tecnológico 5 universitario	Cualitativa nominal politómica	

		6 postgrado 7 ninguno		
Está interesado en estudiar	Ejercitar el entendimiento para adquirir el conocimiento de una cosa, aprender un arte o una profesión	1 Sí 2 No	Cualitativa nominal dicotómica	

Fuente: elaboración propia

**Tabla 6. Caracterización de procesos de participación social**

VARIABLE	DEFINICIÓN	RESPUESTA	TIPO DE VARIABLE	OBJETIVOS
Participación social	Conjunto de tareas o acciones realizadas por un ser vivo, que las desarrolla impulsado por el instinto la razón, la emoción o la voluntad.	1 con la familia y amigos 2 con la comunidad 3 religiosas o espirituales 4 productivas 5 deportivas o de recreación 6 culturales 7 educación para el trabajo y el desarrollo humano 8 ciudadanas 9 otras 10 ningunas	Cualitativa nominal politómica	Participación en vida social y comunitaria
Pertenece a alguna organización	Iniciativas sociales en las que las personas toman parte consciente en un espacio, posicionándose o sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas causas.	1 Sí 2 No	Cualitativa nominal dicotómica	

Razón por la cual no participa	Iniciativas sociales en las que las personas toman parte consciente en un espacio, posicionándose o sumándose a ciertos grupos para llevar acabo determinadas causas.	1 falta de dinero 2 falta de tiempo 3 no existe o no conoce 4 siente rechazo u obstaculización 5 por su discapacidad 6 no cree en ellas 7 sus principios o creencias se lo impiden 8 prefiere resolver sus problemas solo 9 otra	Cualitativa nominal politómica	
Defensa de derechos		1 Sí 2 No	Cualitativa nominal dicotómica	

Fuente: elaboración propia

**Tabla 7. Caracterización en actividades de participación en el contexto laboral**

<b>TRABAJO</b>				
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>OBJETIVO</b>
Situación laboral	Conjunto de actividades que son realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, solucionar un problema o producir bienes y servicios para atender las necesidades humanas.	1 trabajando 2 buscando trabajo 3 incapacitado permanente para trabajar sin pensión 4 incapacitado permanente para trabajar con pensión 5 estudiando	Cualitativa nominal politómica	Participación en vida social y comunitaria

		6 realizando oficios del hogar 7 recibiendo renta 8 pensionado-jubilado 9 realizando actividades de autoconsumo 10 otra actividad		
Contrato laboral	Acuerdo entre trabajador y empleador por medio del cual el primero presta servicios profesionales bajo dependencia y subordinación por una remuneración determinada.	1 a término fijo 2 a término indefinido 3 sin contrato	Cualitativa nominal politómica	
Actividad económica	Todos los procesos que tienen lugar para la obtención de productos, bienes y/o servicios destinados a cubrir necesidades y deseos de una sociedad en particular.	1 industria 2 comercio 3 Agrícola 4 pecuaria 5 servicios 6 otra actividad	Cualitativa nominal politómica	
Posición ocupacional		1 empleado del gobierno 2 empleado particular 3 jornalero o peón 4 patrón o empleador 5 trabajador por cuenta propia 6 Empleado domestico 7 trabajador familiar sin remuneración	Cualitativa nominal politómica	
Afectación laboral	Condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del	1 Sí 2 No	Cualitativa nominal dicotómica	

	trabajo. Perturbaciones en el trabajo que dificultan la realización de tareas y afectan la salud de los trabajadores.			
Ingreso mensual	Dinero que recibe una persona como consecuencia de la realización de un determinado servicio. Dinero que se concede de forma regular cada cierto periodo.	<b>1</b> sin ingreso <b>2</b> menos de \$500.000 <b>3</b> \$500.000 a \$1'000.000 <b>4</b> \$1'000.000 a \$1'500.000 <b>5</b> \$1'500.000 a \$2'000.000 <b>6</b> \$2'000.000 a \$2'500.000 <b>7</b> más \$2'500.000 <b>8</b> no informa	Cualitativo intervalo discreta	
Capacitación laboral	Proceso a través del cual se adquieren, actualizan y desarrollan conocimientos, habilidades y actitudes para el mejor desempeño de una función laboral.	<b>1</b> Sí <b>2</b> No	Cualitativa nominal dicotómica	
Entidad dónde recibe capacitación		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sena</li> <li>▪ Otra institución publica</li> <li>▪ Institución privada</li> </ul>	Cualitativa nominal politómica	
Necesidad de capacitación		<b>1</b> mejorar su actividad productiva <b>2</b> cambiar de actividad productiva <b>3</b> no necesito capacitación	Cualitativa nominal politómica	

## **5. Materiales y Metodología**

La presente investigación fue retrospectiva y realizada mediante un enfoque cuantitativo, con diseño transversal, descriptivo de tipo correlacional. De acuerdo con Hernández Sampieri et al. <sup>(56)</sup>, se buscó especificar las propiedades y las características del fenómeno a analizar que sirvió para establecer relaciones de dependencia entre las variables estudiadas.

El RLCPD fue suministrado por la Oficina de Discapacidad de la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Manizales; con esta información se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables socioeconómicas, de atención en salud y de participación social que, posteriormente, fueron relacionadas por medio la prueba chi cuadrado de Pearson.

### **5.1 Población y Muestra**

La información base de la presente investigación correspondió a las 8.917 personas inscritas en el RLCPD -verificado y administrado por la Secretaría de salud pública de Manizales- entre 2012 y 2017; particularmente, aquellas con lesión medular. Es importante considerar que, el muestreo no fue probabilístico, pues las personas, sujetos de estudio, se auto reportaron con lesión medular.

La muestra correspondió a 126 personas en condición de discapacidad por lesión medular

### **5.2 Criterios de Inclusión y de Exclusión**

Esta investigación usó como criterio de inclusión a las personas registradas en el RLCPD que respondieron afirmativamente a la pregunta ¿conoce el diagnóstico de su discapacidad? y seleccionaron la opción: trauma raqui-medular, lesión medular, paraplejia y cuadriplejia; asimismo, se seleccionaron a las personas que vivían en la zona urbana de Manizales y eran mayores de 18 años.

No se incluyó, por otro lado, a los individuos con un diagnóstico diferente a la lesión medular; es decir, aquellos que referenciaron hemiplejia, monoplejia, miembros superiores, secuelas de accidente cerebro vascular, secuelas de polio, lesión del plexo braquial.

### **5.3 Técnicas e Instrumentos**

Para acceder a la información, se solicitó a la Secretaría de Salud Pública de Manizales la base de datos del RLCPD que se encontraba diligenciada en Microsoft Excel. Se seleccionó, mediante la utilización de filtros, a la población en condición de discapacidad por lesión medular, así como a las variables de interés.

### **5.4 Procedimiento**

Para el desarrollo del presente proyecto se procedió de la siguiente manera:

- Se solicitó el permiso para acceder a los datos del RLCPD en la Secretaría de Salud Pública del municipio de Manizales, específicamente en la Oficina de Discapacidad.
- La Oficina de Discapacidad segregó la información del RLCPD para brindar la información sobre las personas en condición de discapacidad por lesión medular.
- Se verificó la calidad de los datos suministrados con la Oficina de Discapacidad de la Secretaría de Salud Pública del municipio de Manizales.
- Se aplicaron los criterios de inclusión para la selección de registros de las personas con diagnóstico de lesión medular.
- El procesamiento y el análisis de la información se realizó mediante el programa SPSS versión 24 licenciado por la Universidad de Caldas.

### **5.5 Aspectos Éticos**

El presente estudio adoptó la normativa estipulada en la Resolución 8430 de 1993<sup>(57)</sup> “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

Se considera que, este proceso desarrolló acciones tendientes a contribuir con el conocimiento sobre los procesos biológicos y psicológicos de las personas, así como el conocimiento de las relaciones causales de la enfermedad, la práctica médica, la estructura social, la prevención y el control de los problemas de salud <sup>(60)</sup>.

En la investigación prevaleció, según la normatividad anterior, el respeto por la dignidad humana, la protección de los Derechos Humanos de los sujetos de estudio y su bienestar; en este sentido, se resguardó su información personal para no atentar contra su integridad.

Este proceso investigativo contuvo un riesgo bajo y aseguró que la información suministrada por el RLCDP tuviera un uso exclusivamente académico. No se reveló ninguna relación entre los resultados del estudio y las personas particulares que participaron en él, dichos resultados no afectaron el desarrollo de los procesos tanto colectivos como individuales de las personas en condición de discapacidad por lesión medular.

Se aclara, por último, que este tipo de investigación no requirió diligenciamiento de consentimiento informado, solo se solicitó el permiso ante la institución que suministró la información. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, según acta 030 de 2018.

## **5.6 Análisis y Procesamiento de la Información**

La mayoría de las variables utilizadas en este estudio fueron de tipo cualitativo y solo una minoría de índole cuantitativa. Se procedió a describir la información cualitativa mediante frecuencias y porcentajes; mientras que, las variables cuantitativas fueron descritas utilizando procedimientos estadísticos como la media y la desviación estándar.

Para determinar la relación de dependencia entre las variables cualitativas se aplicó la prueba chi cuadrado de Pearson, trabajando un nivel de significancia del 5%,

Finalmente, se analizó la información por medio del programa estadístico SPSS.

## **6. Resultados**

Los resultados de la investigación se enfocaron en responder a los objetivos planteados tendientes a caracterizar sociodemográficamente a la población en situación de discapacidad con lesión medular, inscritas en el RLCPD de Manizales, así como describir sus procesos de atención en salud y participación social, para establecer, finalmente, la relación entre las variables establecidas.

La información partió del autoconocimiento de la persona con discapacidad, referenciando su origen y su tipo de discapacidad; sin embargo, para el caso específico del lesionado medular, al no contarse con una información certificada del nivel de dicha lesión, no fue posible sacar conclusiones sobre el grado de funcionalidad esperado en este caso, ni del potencial de su rehabilitación, de modo que se contó solo con lo registrado en la encuesta.

### **6.1 Características Sociodemográficas de la Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular**

De acuerdo con la variable relacionada con la localización y la vivienda de la población con discapacidad por lesión medular, se encontró que casi la totalidad de la muestra, es decir, el 99,2% (125 personas) era de Caldas, del cual el 96% (121 sujetos) procedía de Manizales; en tanto que, solo el 0,8% (un individuo) era originario del Valle del Cauca, específicamente, del municipio de Zarzal.

Al analizar las características sociodemográficas de la población en cuestión, se halló que el 77% eran hombres y el 23% mujeres. Con un promedio de edad de 45,7 años. Respecto a la distribución por edades y tomando ambos sexos como referencia, se encontró una distribución muy homogénea en el rango de 18 a 48 años, con un promedio de edad de 36 años, además de este grupo que corresponde al 51% de la población total se encontró que el 85% eran hombres y el 15% mujeres, donde la prevalencia en mujeres mayores de 41 años fue del 66%, y el de los hombres fue solo del 25%; lo que demostró que la edad dentro del grupo de mujeres con discapacidad tendió a hacer mayor en comparación con los hombres.

**Tabla 8. Distribución de frecuencias de la variable edad de la población con lesión medular**

Edad	No. Personas	%
18 a 28 años	20	15,9
29 a 38 años	20	15,9
39 a 48 años	24	19,0
49 a 58 años	26	20,6
59 a 68 años	20	15,9
69 o más años	16	12,7
Total	126	100,0

Fuente: elaboración propia con base en el RLCPD

En cuanto al nivel socioeconómico, el 63,5% de la población pertenecía a los estratos 1 y 2 y el 84,9% estaba afiliada al SISBEN.

**Tabla 9. Distribución de frecuencia de la variable estrato socioeconómico**

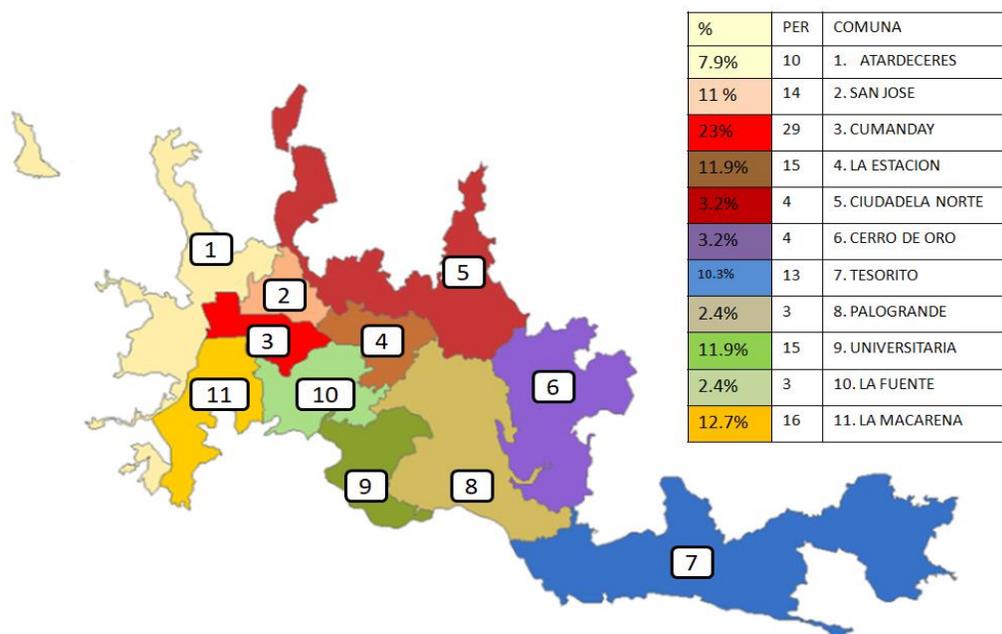
Estrato socioeconómico	No. Personas	%
1	17	13,5
2	63	50,0
3	38	30,2
4	1	0,8
6	1	0,8
Total	126	100,0

Fuente: elaboración propia con base en el RLCPD

Se encontró, además, que el 15,9% de los individuos con discapacidad tenía a su cargo otras personas, en el 50% de los casos niñas y niños menores de 12 años. El 20% correspondía a adultos mayores de 60 años.

de distribución por comunas de la población analizada, se descubrió que dicha población estaba establecida de manera simétrica, con una ligera concentración del 23% en la comuna Cumanday, centro de la Manizales; se recuerda que, esta ha sido, históricamente, una de las zonas más pobladas de la ciudad.

**Gráfico 1 Distribución de las personas con lesión medular por comunas**



Fuente: Elaboración propia con base en el Perfil epidemiológico de la Alcaldía de Manizales <sup>(58)</sup>.

## **6.2 Acceso a Servicios Públicos de Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular**

**Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular** En relación con el acceso a los servicios públicos domiciliarios, el 98,4% de la población disponía de energía eléctrica; el 92,9% y el 96,8% contaba con los servicios de acueducto y alcantarillado, respectivamente; el 96% tenía servicio de recolección de basuras y el 65,1% disfrutaba del servicio de gas domiciliario; por otro lado, 54% disponía del servicio de telefonía fija.

### 6.3 Características Relacionadas con las Variables de Vivienda e Identificación de Barreras de la Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular

El 86,5% de las personas con lesión medular refirió habitar en vivienda tipo casa; además, el 42,1% manifestó que dicha vivienda era propia; mientras que, el 35,7% debía pagar arriendo o hipoteca. Del total de la población, el 5,6% sostuvo, de otra manera, que vivía en una institución, pública o privada; en tanto que, el 2% restante se describió como habitante de calle.

**Tabla 10. Distribución de frecuencias de la variable tipo de vivienda**

Condiciones del Tipo de Vivienda	Nº de personas	Percentage
Casa	109	86,5%
Apartamento	4	3,2%
Cuarto	4	3,2%
Institución pública	2	1,6%
Institución privada	5	4,0%
Calle	2	1,6%
Total	126	100%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

**Tabla 11. Distribución de las frecuencias de la variable forma de tenencia de la vivienda**

Forma de tenencia de la vivienda		
Arriendo o subarriendo	45	35,7%
Vivienda propia totalmente pagada	53	42,1%
Vivienda de un familiar sin pagar arriendo	11	8,7%
Vivienda de un tercero sin pagar arriendo	2	1,6%

Vivienda con hipoteca	6	4,8%
Otra condición	9	7,1%
Total	126	100%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

A continuación, se describe la percepción de las barreras físicas de determinaron el desempeño de las actividades y acciones cotidianas de la población con discapacidad, así como su forma de asumirlas. Dentro de las barreras físicas se encontraban las escaleras sin rampas, la ausencia de pasamanos y las dificultades espaciales para desplazarse en silla de ruedas.

En relación con las barreras arquitectónicas percibidas por las personas con lesión medular, se observó una concentración importante de obstáculos físicos conexos a los pasillos, con un 34,1%, seguido de los asociados con la sala y el comedor de la casa, con un 23,8%, y el dormitorio, con el 18,3%.

**Tabla 12. Distribución de frecuencias de la variable barreras arquitectónicas**

Barreras arquitectónicas	Nº de personas	Porcentaje
Barreras en pasillos – patios	43	34,1%
Barreras en sala comedor	30	23,8%
Barreras en el dormitorio	23	18,3%
Barreras en vehículos de transporte público	12	9,5%
Barreras en baño – sanitario	7	5,6%
Barreras en escaleras	5	4,0%
Barreras en calles, vías	2	1,6%
Barreras en paraderos, terminales de transporte	2	1,6%
Barreras en andenes, aceras	1	0,8%
Barreras en parques, plazas, estadios, teatros, Iglesias	1	0,8%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

La población sujeto de estudio, por otra parte, percibió actitudes negativas que le impidió desarrollar sus actividades cotidianas con mayor autonomía. Las terceras personas fueron las causantes de esta situación en un 87,3%. Las actitudes negativas provinieron, por consiguiente, de viandantes, personas localizadas en los diferentes establecimientos, públicos o privados, y, en general, aquellas ajenas a su círculo inmediato de interacción; mientras que, el grupo de los funcionarios y empleados fue el que menos actitudes negativas exteriorizaron con el 0,8%.

#### 6.4 Características y Origen de la Discapacidad de la Población con Lesión Medular

Según la distribución de la población de acuerdo con la clasificación de su parálisis derivada de su nivel de lesión medular, se halló que la mayoría de personas no especificaron su nivel de lesión con un 61,9% de los casos, como se evidencia en la tabla 13.

**Tabla 13. Distribución de frecuencias de la variable clasificación según la parálisis y su distribución corporal**

(Sí) Diagnóstico	N° de personas	Porcentaje
Nivel no especificado	78	61,9%
Paraplejía	41	32,5%
Cuadriplejía	7	5,6%
Total	126	100,0%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

En cuanto al tiempo en años con la lesión medular, la mayoría de personas, el 30,2%, afirmó que su lesión tenía entre 11 y 20 años.

**Tabla 14. Distribución de frecuencias de la variable tiempo en años con la lesión medular**

<b>Tiempo con la lesión</b>	<b>N° de personas</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 1 año	8	6,4%
Entre 1 año y 5 años	18	14,3%
Entre 6 años y 10 años	35	27,8%
Entre 11 años y 20 años	38	30,2%
Entre 21 años y 30 años	10	7,9%
Entre 31 años y 40 años	6	4,8%
Entre 41 años y 50 años	5	4,0%
Entre 51 años y 60 años	4	3,2%
Sin respuesta	2	1,4%
Total	126	100,0%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

En relación con la clasificación según la parálisis y su distribución corporal, se evidenció que el 64,3% de la población conocía la causa de su condición. A este respecto, se referenció a los accidentes de tránsito con un 31%, como se muestra en la tabla 15.

**Tabla 15. Distribución de frecuencias de la variable origen de la discapacidad**

<b>Origen de la discapacidad</b>	<b>N° de personas</b>	<b>%</b>
Otra causa (causa desconocida)	45	35,7%
Consecuencia de accidente	39	31%
Consecuencia de víctima de violencia	20	15,9%
Consecuencia de enfermedad general	9	7,1%

Consecuencia de conflicto armado	8	6,3%
Consecuencia de complicaciones en el parto	2	1,6%
Consecuencia de alteración genética, hereditaria	1	0,8%
Consecuencia de lesión auto infligida	1	0,8%
Consecuencia de enfermedad profesional	1	0,8%
Total	126	100%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

### **6.5 Resultados de la Atención en Salud de la Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular**

Frente a las variables sobre la atención en salud del RLCPD, se referenciaron los elementos que partieron desde la atención individual hasta la cobertura brindada por el asegurador, según el régimen de atención de la persona en condición de discapacidad. Respecto a la variable de atención en salud se reportó que, durante el último año -2017-, el 65,1% no recibió atención médica alguna, a diferencia del 34,9% que sí la recibió. En relación con la pregunta si requería ayuda para la realización de las labores diarias, el 73,8% no respondió, en comparación con el 21,4% que refería ser ayudado por algún miembro de su familia.

La variable en torno a los servicios de rehabilitación, por su parte, halló que el 35,7% de la población contaba con estos servicios; en contraste con el 64,3% que no asistía a servicios de rehabilitación. Los mencionados servicios fueron asumidos el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en un 50,8%, mientras que en el 5,6% fue asumido por familiares u otras personas.

**Tabla 16. Distribución de frecuencias de la variable ¿Quién paga la rehabilitación?**

<b>¿Quién paga la rehabilitación?</b>	<b>N° de personas</b>	<b>Porcentaje</b>
---------------------------------------	-----------------------	-------------------

SGSSS	64	50.8%
No responde	53	42.1%
Otro	7	5.6%
Familia	1	0.8%
Personalmente	1	0.8
Total	126	100%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

De acuerdo a las personas que refirieron no asistir al tratamiento de rehabilitación, el 12,7% consideró haber terminado su proceso, el 10,3% manifestó la no autorización del servicio, en tanto que el 8,7% no asistió por falta de recursos económicos; finalmente, el 55,6% no respondió la pregunta planteada.

Los servicios recibidos durante el proceso de rehabilitación, por otro lado, fueron: medicamentos permanentes con el 61,1%, fisioterapia con el 43,7% y terapia ocupacional con el 17,5%. El resto de servicios se reflejó en la siguiente tabla.

**Tabla 17. Distribución de frecuencia de la variable servicios de rehabilitación**

<b>Rehabilitación</b>	<b>N° de personas con beneficio del servicio</b>	<b>%</b>
Trabajo social	111	88,1%
Medicamentos permanentes	77	61,1%
Fisioterapia	55	61,1%
Medicina física y de rehabilitación	29	23%
Terapia ocupacional	22	17,5%
Psicología	20	15,9%

Psiquiatría	13	10,3%
Optometría	7	5,6%
Otro tipo de rehabilitación	5	4%
Fonoaudiología	3	2,4%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

En consideración con el tiempo establecido en años sin recibir rehabilitación, se encontró que el 64,3% de la población llevaba menos de un año sin recibir este servicio, seguido del 18,3% que expresó no recibir rehabilitación hace más de 10 años.

**Tabla 18. Distribución de frecuencias de la variable años sin recibir rehabilitación**

Años sin recibir rehabilitación	Nº de personas	Porcentaje
Menos de un año	81	64.3%
Entre 1 año y 3 años	3	2.45
Entre 4 años y 6 años	14	11.1%
Entre 7 años y 9 años	5	4.0%
Más de 10 años	23	18.3%
Total	126	100%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

## **6.6 Resultados sobre la Participación Social de la Población en Situación de Discapacidad por Lesión Medular**

### **6.6.1 Educación**

Respecto al nivel educativo se determinó que, el 39,7% del total de la población realizó estudios de básica secundaria, el 33,3% de básica primaria, solo el 4,8% contaba con un nivel técnico o tecnológico; mientras que, únicamente el 0,8%, correspondiente a una persona, poseía

educación universitaria. Cabe resaltar que, aproximadamente el 21% del total de la población manifestó que no haber terminado ningún nivel de estudio.

En relación con las personas que recibieron algún tipo de capacitación, la institución encargada para ello fue, principalmente, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) con el 10,3% de los casos, seguido de instituciones privadas con 3,2% e instituciones públicas con 2,4%. Por otra parte, el 61,1% de la población reconoció que necesitaba capacitación para mejorar su cualificación profesional; en tanto que, el 11,9% sostuvo que la capacitación le servirá para cambiar de actividad productiva; el 27% no consideró necesaria ninguna capacitación para el trabajo.

Discriminando por sexo, solo el 13,7% de las mujeres tuvieron el nivel educativo correspondiente a bachillerato, frente al 47,4% de los hombres sí lo tenían; de igual modo, el 34,4% de las mujeres no reportaba haber concluido ningún nivel educativo, en comparación con el 17,5% de los hombres que tampoco.

**Tabla 19. Distribución de las frecuencias de la variable nivel educativo**

Nivel educativo	No. Personas	%
Primaria	42	33,3
Bachillerato	50	39,7
Técnico/Tecnológico	6	4,8
Universidad	1	0,8
Ninguno	27	21,4
Total	126	100.0

Fuente: elaboración propia con base en el RLCPD

### 6.6.2 Participación en Actividades Familiares y Comunitarias

En cuanto a los procesos de participación en comunidad, el 82,5% de la población no participó, para la época, de ningún proceso de organización social. Así mismo, la causa más común se debió al desconocimiento sobre este tipo de organizaciones con el 62,7% de los sujetos de estudio.

**Tabla 20. Distribución de las frecuencias de la variable razón por la cual no participa en organizaciones**

Razón por la cual no participa	N° de personas	Porcentaje
No existe no la conoce	79	62,7%
No responde	22	17,5%
Otra	10	7,9%
Por su discapacidad	8	6,3%
Falta de tiempo	3	2,4%
No cree en las organizaciones	3	2,4%
Prefiere resolver sus problemas solo	1	0,8%
Total	126	100,0%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

Respecto a la participación en actividades sociales, el 80,2% de la población estudiada participó, principalmente, en actividades con la familia y amigos y el 9,5% lo hizo en actividades deportivas y de recreación.

**Tabla 21. Distribución de frecuencias de la variable participación en actividades familiares y comunitarias**

Participación en actividades familiares y comunitarias	N° de personas	Porcentaje
Con la familia y amigos	101	80,2%
Deportivas o de recreación	12	9,5%

Con la comunidad	6	4,8%
Religiosas o espirituales	4	3,2%
Productivas	3	2,4%
Total	126	100%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

Respecto a los medios de comunicación disponibles para la población con discapacidad por lesión medular, se observó que, en su mayoría, utilizó la radio con el 57,1%, seguido de los medios escritos con el 27,8% y la televisión con el 8,7%; mientras que, el uso del internet y del teléfono rondó por el 4% y el 2,4%, respectivamente.

### **6.6.3 Participación Laboral y Trabajo**

En consideración con las actividades laborales desarrolladas durante los últimos seis meses, el 59,5% de la población refirió tener una incapacidad permanente, motivo por el cual no trabajó, y el 32,2% no recibía pensión; mientras que, solo el 19,8% de la población tenía trabajo.

**Tabla 22. Distribución de frecuencia de la variable situación laboral**

Situación laboral de los últimos 6 meses	N° de personas	Porcentaje
Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión	75	59,5%
Trabajando	25	19,8%
Buscando trabajo	9	7,1%
Otra actividad	7	5,6%
Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	4	3,2%
Realizando oficios del hogar	2	1,6%
Pensionado, jubilado	2	1,6%
Recibiendo renta	1	0,8%
Realizando actividades de consumo	1	0,8%
Total	126	100%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

Del 19,8% que aseguró haber estado laborando, el 14,3% tenía un contrato a término fijo y el 7,1% no disponía de contrato laboral. Además, el 86,5% de la población consideró que su capacidad para trabajar se afectó por su condición de discapacidad. El 82,5% no recibió ninguna capacitación para realizar actividades laborales.

La principal actividad económica referenciada por la población en el RLCPD, estaba relacionada con el sector servicios con una participación del 16,7% y otras actividades con el 1,6%. Se halló, además, que el 11,9% eran trabajadores por cuenta propia, en tanto que el 2,4% eran empleados del gobierno. Con respecto a los ingresos de las personas que generaban alguna actividad, el 19% ganó menos de \$500.000, una cifra mucho menor que el Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) para la época fijado en \$737.717, y, de otra parte, el 69% manifestó no recibir ingresos.

**Tabla 23. Distribución de frecuencia de la variable ingresos, en pesos colombianos, de las personas con lesión medular**

Ingreso mensual promedio año 2005	N° de personas	Porcentaje
Sin ingresos	87	69%
Menos de 500 mil pesos.	24	19%
Entre 500 mil y 1 millón de pesos	13	10,3%
Entre 2 millones y 2.5 millones de pesos	1	0,8%
Más de 2.5 millones de pesos	1	0,8%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del RLCPD

### **6.7 Relación entre las Variables Sociodemográficas de la Población en Condición de Discapacidad por Lesión Medular. Relación Chi Cuadrado de Pearson**

En cuanto a la conformación del hogar, los grupos familiares más numerosos correspondieron a las mujeres y a los adultos mayores en condición de discapacidad, pues se halló hogares de 3 a 5 personas para estos dos segmentos.

En relación con las mujeres con lesión medular, al menos una de las personas del grupo familiar tenía discapacidad.

Existió una relación significativa entre las personas sin ocupación alguna y no estar beneficiadas,

**Tabla 23. Relación entre las variables sociodemográficas**

<b>Relación entre las variables sociodemográficas</b>		
<b>Variables cruzadas</b>	<b>P valor</b>	<b>Explicación</b>
Sexo del encuestado - personas que conforman el hogar	0,047	En el hogar de las mujeres con discapacidad tiende a haber 5 personas en el hogar. En el hogar de los hombres entre 3 y 5 personas.
Sexo del encuestado - presentan discapacidad	0,022	Entre los familiares de las mujeres con discapacidad tiende a haber 1 persona también con discapacidad. En el de los hombres entre 1 y 2 personas.
Población- sisbenizada - población sin ocupación	< 0,0001	Las personas sin ocupación tienden a no estar sisbenizadas
Población- adulto mayor - población- trabajador urbano	0,036	Los trabajadores urbanos tienden a no ser adultos mayores
Población- adulto mayor - presentan discapacidad	0,006	Los adultos mayores tienden a tener un familiar con discapacidad. Los más jóvenes, 1 o 2 familiares con discapacidad
Personas que conforman el hogar - población- adulto mayor	0,065	Los adultos mayores tienden a tener hogares conformados por 5 personas.

Fuente: elaboración propia

En cuanto al análisis de correlación en atención en salud, se evidenció una asociación entre el diagnóstico oportuno y la orientación sobre el manejo de la discapacidad; sin embargo, no se asoció a la remisión a medicina física y rehabilitación, ni a tratamiento por terapia de rehabilitación y terapia ocupacional. Los pacientes que habían recibido orientación sobre el manejo de su discapacidad también recibieron atención en salud por esta misma causa durante el último año, especialmente para la indicación de tratamiento de fisioterapia y medicamentos.

**Tabla 24. Relación entre las variables de atención en salud**

<b>Relación entre las variables de atención en salud</b>		
<b>Variables cruzadas</b>	<b>P valor</b>	<b>Explicación</b>
Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada / ha recibido orientación sobre manejo de discapacidad	< 0,0001	Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada se relaciona a que ha recibido orientación sobre manejo de discapacidad
Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada / le ordenaron rehabilitación en medicina física y de rehabilitación	0,011	Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada se relaciona a que no le ordenaron rehabilitación en medicina física y de rehabilitación

<b>Relación entre las variables de atención en salud</b>		
<b>Variabes cruzadas</b>	<b>P valor</b>	<b>Explicación</b>
Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada / le ordenaron rehabilitación de terapia ocupacional	0,006	Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada se asocia a que no le ordenaron rehabilitación de terapia ocupacional
Ha recibido orientación sobre manejo de discapacidad / ha recibido atención en salud por causa de su discapacidad en el último año	0,011	Ha recibido orientación sobre manejo de discapacidad se asocia a ha recibido atención en salud por causa de su discapacidad en el último año
Ha recibido orientación sobre manejo de discapacidad / le ordenaron rehabilitación de medicamentos permanentes	0,001	Ha recibido orientación sobre manejo de discapacidad se asocia a le ordenaron rehabilitación de medicamentos permanentes
Ha recibido orientación sobre manejo de discapacidad / le ordenaron otro tipo de rehabilitación	0,032	Ha recibido orientación sobre manejo de discapacidad se asocia a que no le ordenaron otro tipo de rehabilitación
Ha recibido atención general en salud en el último año / le ordenaron rehabilitación de fisioterapia	0,018	Ha recibido atención general en salud en el último año se asocia a le ordenaron rehabilitación de fisioterapia
Ha recibido atención general en salud en el último año / le ordenaron rehabilitación de medicamentos permanentes	0,019	Ha recibido atención general en salud en el último año se asocia a que le ordenaron rehabilitación de medicamentos permanentes

Fuente: elaboración propia.

Dentro de los procesos de participación, el hecho de haber socializado en actividades familiares se relacionó con la participación en actividades comunitarias, particularmente, en organizaciones que trabajaron por la defensa de los derechos de las personas con discapacidad, así como religiosas, productivas, deportivas, culturales, educativas, en actividades ciudadanas y de promoción de búsqueda de trabajo.

De igual manera, existió una asociación entre el hecho de participar en actividades productivas y el mantenimiento de la capacidad laboral del sujeto, es decir, este no vio disminuidas sus habilidades productivas como consecuencia de su discapacidad; además, se asoció el identificar la necesidad de capacitación para mejorar su capacidad productiva o cambiar de actividad laboral; considerando, también, que su condición no desmejoró su capacidad de trabajo y que sus ingresos mensuales promedio estaban entre \$500.000 y \$1'000.000.

**Tabla 25. Relación entre las variables de participación social**

<b>Relación entre las variables de participación social</b>		
<b>Variables cruzadas</b>	<b>Pvalor</b>	<b>Explicación</b>
Participa en actividades familiares / participa en actividades con la comunidad	< 0,0001	Participa en actividades familiares se asocia a que participa en actividades con la comunidad
Participa en actividades familiares / participa en alguna organización en defensa de los derechos PcD	0,001	Participa en actividades familiares se asocia a que participa en alguna organización en defensa de los derechos PcD
Participa en actividades con la comunidad / participa en alguna organización en defensa de los derechos PcD	0,002	Quien participa en actividades con la comunidad también participa en alguna organización en defensa de los derechos PcD
Participa en actividades con la comunidad / necesita capacitación para trabajar	0,001	Quien necesita capacitación para cambiar de actividad productiva, no participa en actividades con la comunidad
Participa en actividades religiosas / participa en actividades productivas	< 0,0001	Quien participa en actividades religiosas participa en actividades productivas
Participa en actividades religiosas / participa en actividades deportivas	< 0,0001	Quien no participa en actividades religiosas no participa en actividades deportivas
Participa en actividades religiosas / participa en actividades culturales	< 0,0001	Quien no participa en actividades religiosas no participa en actividades culturales
Participa en actividades religiosas / participa en actividades de educación no formal	< 0,0001	Quien no participa en actividades religiosas no participa en actividades de educación no formal
Participa en actividades religiosas / participa en actividades ciudadanas	< 0,0001	Quien participa en actividades religiosas participa en actividades ciudadanas
Participa en actividades religiosas / participa en alguna organización	< 0,0001	Participa en actividades religiosas se asocia a que participa en alguna organización en defensa de los derechos PcD
Participa en actividades religiosas / que ha hecho en los últimos 6 meses	< 0,0001	Participa en actividades religiosas se asocia a la búsqueda de trabajo que ha hecho en los últimos 6 meses
Participa en actividades religiosas / ingreso mensual promedio	< 0,0001	Participa en actividades religiosas se asocia a que su ingreso promedio es menor a quinientos mil pesos
Participa en actividades productivas / participa en actividades deportivas	< 0,0001	Participa en actividades productivas se asocia a que participa en actividades deportivas
Participa en actividades productivas / participa en actividades culturales	< 0,0001	Participa en actividades productivas se asocia a que participa en actividades culturales
Participa en actividades productivas / participa en actividades de educación no formal	< 0,0001	Participa en actividades productivas se asocia a que participa en actividades de educación no formal

<b>Relación entre las variables de participación social</b>		
<b>Variables cruzadas</b>	<b>Pvalor</b>	<b>Explicación</b>
Participa en actividades productivas / participa en actividades ciudadanas	< 0,0001	Participa en actividades productivas se asocia a participa en actividades ciudadanas
Participa en actividades productivas / participa en alguna organización	< 0,0001	Participa en actividades productivas se asocia a participa en alguna organización
Participa en actividades productivas / participa en alguna organización en defensa de los derechos PcD	< 0,0001	Participa en actividades productivas se asocia a participa en alguna organización en defensa de los derechos PcD
Participa en actividades productivas / si su capacidad en el trabajo se ha desmejorado por la discapacidad	< 0,0001	Participa en actividades productivas se asocia a que su capacidad en el trabajo no se ha desmejorado por la discapacidad
Participa en actividades productivas / ingreso mensual promedio	< 0,0001	Participa en actividades productivas se asocia a ingreso mensual promedio 500 y 1 millón
Participa en actividades productivas / necesita capacitación para	0,015	Participa en actividades productivas se asocia a identificar la necesita de capacitación para (mejorar su capacidad productiva, cambiar actividad productiva)

Fuente: elaboración propia.

## 7. Discusión

La presente investigación relaciona las características sociodemográficas, de atención en salud y de participación social en la población con lesión medular, inscritas en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad en Manizales, entre el 2012 y 2017; razón por la cual es retrospectiva y con un enfoque cuantitativo, con diseño transversal, descriptivo de tipo correlacional.

La muestra analizada corresponde a 126 casos de personas en situación de discapacidad con lesión medular, generalmente originarias de Manizales y mayores de 18 años.

Al caracterizar sociodemográficamente a la población inscrita en el RLCPD de Manizales, se halla que el 77% de la muestra corresponde a hombres y el 33% a mujeres, con un promedio de edad de 47 años; es decir, hay un mayor número de hombres registrados en RLCPD por lesión medular en la ciudad y el promedio de edad está dentro de lo que el Ministerio de Salud <sup>(61)</sup> define como la adultez, respecto al ciclo de la vida. Lo anterior es similar a la investigación *Características clínicas y demográficas de pacientes con trauma raquímedular: Experiencias en 6 años* <sup>(6)</sup> realizada en Medellín -Antioquia- donde la mayoría de los pacientes son hombres con una participación del 91%. En tanto que, el resultado referente al promedio de edad de 47 años de las personas con discapacidad es respaldado por la investigación de Álvarez et al. <sup>(59)</sup> sobre los Determinantes Sociales de la Salud y discapacidad en Cali -Valle del Cauca- donde la media de la población estudiada es de 48 años.

En relación con la distribución por edades y tomando ambos sexos como punto de referencia, se encuentra una repartición semejante dentro del rango de 18 a 48 años; asimismo, en este grupo, que atañe al 51% de la población, el 85% está conformado por hombres y el 15% por mujeres; no obstante, la prevalencia de la discapacidad asciende al 66% en las mujeres mayores de 41 años, lo que demuestra que a medida que aumenta la edad, la prevalencia de la discapacidad en mujeres se hace mayor en comparación con la de los hombres. Salvando las diferencias respecto a la edad, la anterior tendencia es corroborada por el DANE <sup>(23)</sup> tras demostrar que la prevalencia de la discapacidad aumenta en las mujeres a partir de los 15 años, específicamente entre los 15 y

64 años, con el 52,3% y el 57,5% entre los 65 años y más. A este respecto, el Informe Mundial sobre Discapacidad de la OMS <sup>(1)</sup> sostiene que el género femenino tiene mayores probabilidades de sufrir alguna discapacidad al hacer parte de uno de los grupos más vulnerables en la sociedad como consecuencia de las desigualdades sociales.

Los estratos socioeconómicos 1 y 2, por otra parte, se configuran como los predominantes en esta investigación con el 63,5%, lo que significa que los estratos más desfavorecidos contienen más personas en condición de discapacidad; esta información coincide con el estudio titulado *La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico* <sup>(46)</sup> que encuentra que más del 70% de las personas registradas pertenecen a los mismos estratos; de igual manera, el estudio de Gil Obando et al. <sup>(62)</sup> sostiene que el 54,4% de la población analizada pertenece al estrato 1. Lo anteriormente expuesto confirma la alta incidencia de la discapacidad en la población con escasos ingresos económicos por una mayor exposición a las condiciones que favorecen su adquisición como, por ejemplo, la infraestructura, las actividades cotidianas y el tipo de trabajo, entre otras <sup>(1, 17, 18)</sup>.

Respecto a la variable referida a la vivienda, el 86,5% de las personas sostiene habitar en una casa; mientras que, el 5,6% asegura vivir en una institución, pública o privada y el 2% se entiende como habitante de calle; en otras palabras, la mayoría de personas registradas en el RLCPD vive una casa, a comparación de una minoría que vive en instituciones sociales. La investigación *Magnitud de la discapacidad en Boyacá, Colombia* <sup>(63)</sup> muestra una situación similar ya que el tipo de vivienda predominante es la casa con un 87%, seguido de un cuarto un 4,3%.

Las barreras arquitectónicas percibidas por las personas con lesión medular comprenden una concentración de obstáculos físicos en los pasillos (34,1%), la sala y el comedor de la casa (23, 8%), la alcoba (18,3%); el transporte público (9,5%), las calles, vías y paraderos (1,6%) y terminales de transporte (0,8%); por lo tanto, los pasillos se configuran como el espacio, dentro y fuera del hogar, que más obstáculos implica para las personas con discapacidad por lesión medular; en tanto que, los distintos ambientes del hogar no son construidos pensando en las dificultades de movilidad y, en menor proporción, los distintos lugares de la ciudad. El estudio de Cobo Mejía et

al. (investigación 1) demuestra que los espacios que imposibilitan el normal desarrollo de actividades cotidianas son: la vivienda (20,9 %), la vía (18 %), el transporte público (12,6 %), los parques (8,5 %), el centro de la ciudad (4,5 %) y lugar de trabajo (7,3 %), entre otros. En tal sentido, esta investigación y la reseñada de Cobo Mejía et al. <sup>(63)</sup> identifican la función de las barreras físicas (arquitectónicas) presentes en la discapacidad, pues esta se construye mediante la interacción con el entorno físico y social <sup>(1,11)</sup>.

Las actitudes negativas también hacen parte de las barreras sociales de la discapacidad. Este estudio identifica que las terceras personas manifiestan tales actitudes en un 87,3%, seguido de los viandantes e individuos que se encuentran en los establecimientos públicos y privados; en contraposición a los funcionarios y empleados que manifiestan actitudes negativas en un 0,8%; por consiguiente, la mayoría de actitudes negativas provienen de sujetos que no hacen parte del círculo íntimo de las personas con discapacidad. Los resultados del estudio de Cobo Mejía et al. <sup>(63)</sup> difieren de los de la presente investigación, ya que el 75% de la población del estudio refiere no percibir actitudes negativas, mientras que el 7,4% asegura percibirlas en su grupo familiar. No obstante, las actitudes negativas de las personas y de la sociedad en general constituye una barrera social que influye en la vida de las personas con discapacidad pues, como se menciona anteriormente, más allá de estar determinada por los cuerpos y sus limitaciones, está estructurada a través la interacción del individuo con el entorno físico, social, cultural y económico <sup>(1,11)</sup>.

En cuanto a la etiología de la discapacidad, este estudio muestra que el 64,3% de la población conoce la causa; mientras que, el 35,7% la desconoce. De manera que, se referencia a los accidentes de tránsito con un 31%, la violencia física (no producto del conflicto armado) con un 15,9% y la enfermedad en general con un 7,1%. Lo que significa que, de las personas que conocen la causa de su condición, el origen traumático de la lesión medular conforma a la mayoría de la población. Un hecho que es confirmado en el artículo *Actualización sobre la situación de la lesión medular en América Latina: retos y oportunidades en su atención* <sup>(64)</sup> tras establecer que las lesiones medulares son consecuencia de accidentes de tránsito y violencia.

La caracterización de la atención en salud de las personas registradas en el RLCPD de Manizales muestra que durante el último año, correspondiente al 2017, el 65,1% de la población de estudio no recibe ninguna atención médica, a diferencia del 34,9% que sí la recibe. Esto expresa que la mayoría de las personas de la muestra no tiene control médico de su discapacidad o enfermedad en general, así como tampoco disfruta de programas de promoción de la salud que procuren buenos hábitos y actitudes positivas, enmarcados en el autocuidado, para evitar, de este modo, posibles complicaciones y promover, asimismo, la independencia, facilitando su integración social <sup>(4)</sup>.

En relación con el requerimiento o no de ayuda para la realización de las labores cotidianas, el 73,8% no responde; en comparación con el 21,4% que afirma ser ayudado por algún miembro de su familia. La ausencia de respuesta, sobre esta variable, de la mayoría de las personas impide realizar una contestación concluyente sobre este hecho; empero, se puede sostener que una minoría de la población necesita ayuda para sus labores diarias. El DANE <sup>(23)</sup> corrobora lo anterior al afirmar que el 34,62% de las personas con discapacidad recibe ayuda de otras personas para realizar sus actividades básicas. La discapacidad, como se observa, es una condición que afecta la independencia del individuo limitando su participación plena en sociedad, es decir, en términos de igualdad con las demás personas <sup>(1,3)</sup>. Un hecho que está en línea con la comprensión de la discapacidad como restricción o ausencia de habilidades, por deficiencias orgánicas o neurológicas, para llevar a cabo una actividad considerada normal por la sociedad <sup>(14, 15)</sup>.

De otro lado, el 35,7% de la población registrada en el RLCPD asiste a servicios de rehabilitación, mientras que el 64,3% no. Las razones que aducen para no asistir se relacionan con el considerar haber finalizado el proceso (12,7%), la no autorización del servicio (10,3%) y la falta de recursos económicos (8,7%); en tanto que, la mayoría no responde a la pregunta (55,6%). Es decir, la mayoría manifiesta no asistir a servicios de rehabilitación y no explica el porqué. La investigación de Cobo Mejía et al. <sup>(63)</sup>, por su parte, sostiene que la causa principal de la no asistencia a los servicios de rehabilitación es la falta de dinero (55,5%), seguido del desconocimiento (16,3 %) y la distancia del centro de atención (8,1 %), entre otros. Todo lo

expuesto se relaciona con la pertenencia al estrato socioeconómico 1 y 2, así como a los bajos ingresos económicos de la población analizada.

Respecto al servicio de rehabilitación más ofrecido, este estudio halla que el trabajo social es el más brindado con el 88,1%, seguido de la provisión de medicamentos con el 61,1%, la fisioterapia con el 43,7% % y la terapia ocupacional con el 17,5%. En contraste con el artículo *Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales* <sup>(28)</sup> que delimita que el servicio más proporcionado es el de fisioterapia con un 98%, seguido del suministro de aditamentos con un 96% y la atención médica especializada con el 89%. Estas investigaciones son coherentes con los objetivos de rehabilitación en pacientes con lesión medular referentes a evitar complicaciones relacionadas con el decúbito prolongado, la potenciación de la funcionalidad del paciente para aumentar su independencia y alcanzar la integración social y familiar; sin embargo, carecen de un servicio de atención psicológico que reestablezca la autoestima y potencialice las capacidades individuales <sup>(42,43)</sup>.

Los costos de los servicios de rehabilitación son asumidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en un 50,8%, en tanto los familiares u otras personas lo costean en un 5,6%. En otras palabras, el Estado colombiano provee los mencionados servicios a través del régimen contributivo y subsidiado de salud tras reconocer a la población con discapacidades como vulnerable y con necesidades y requerimientos particulares, tal y como lo sostiene la OMS <sup>(11)</sup>.

Respecto a la descripción de la participación social de la población inscrita en el RLCPD de Manizales, la variable educativa muestra que el 39,7% cuenta con estudios de básica secundaria y el 33,3% de básica primaria; mientras que, el 4,8% tiene un nivel técnico o tecnológico y el 0,8%, correspondiente a una persona, educación universitaria. Lo que implica que la mayoría de población estudiada posee estudios referentes a la educación básica y una minoría a la educación superior. El texto *Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla* <sup>(16)</sup>, que confirma lo anterior, asegura que el 58,4% de las personas que participa en el RLCPD de la capital del Atlántico tiene algún tipo de educación básica y, por otro lado, Castelblanco et al. <sup>(65)</sup> en el artículo *Caracterización de los Determinantes Sociales de la Salud y los componentes de la*

*discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia* descubre que el 49,2% de la población posee estudios de básica primaria y concluye que los bajos niveles educativos son producto de la restricción de la participación escolar para adquirir conocimientos y habilidades. El artículo de Andrea Padilla *Inclusión educativa de personas con discapacidad* <sup>(66)</sup> describe que el acceso al derecho a la educación por parte de este segmento poblacional es limitado y sus repercusiones fáciles de prever cuando se ha reconocido que, históricamente, la educación ha sido la puerta de entrada que lograría la inclusión en el mercado laboral.

En la variable sobre las actividades sociales se establece que el 80,2% de la población estudiada lo hace con su familia y amigos y el 9,5% participa en actividades deportivas y de recreación. Igualmente, el 82,5% no hace parte de ningún proceso de organización social aseverando el desconocimiento sobre este tipo de organizaciones en un 62,7%. Es decir, las personas con lesión medular participan, generalmente, de actividades sociales con su entorno cercano, al tiempo que no lo hacen en organizaciones sociales, incluidas las de defensa de los derechos de personas con discapacidad por desconocimiento. La investigación de Cobo Mejía et al. <sup>(63)</sup> delimita que las actividades sociales están relacionadas principalmente con la familia en un 30,5 %, la religión en un 27,7 %, y, en menor medida, con las ciudadanas (3,1%). Se recuerda que la discapacidad también se mide en relación con el desempeño social y colectivo, así como en la limitación de las actividades y la restricción de la participación en sociedad, por ello es importante que las personas con esta condición socialicen y participen de actividades sociales de todo tipo <sup>(4, 16)</sup>. Adicionalmente, estas actividades sociales son fundamentales en el proceso de rehabilitación; puesto que, facilita la reincorporación efectiva del individuo a su entorno físico y social <sup>(3)</sup>; por último, la participación en organizaciones sociales permite una veeduría sobre el goce efectivo de sus derechos.

En el presente estudio las variables de participación laboral, particularmente las actividades laborales realizadas en los últimos seis meses, muestran que el 59,5% de la población refiere tener una incapacidad permanente para trabajar, mientras que el 19,8% tiene trabajo. De este 19,8% que afirma estar laborando, el 14,3% tiene un contrato a término fijo y el 7,1% no dispone de contrato laboral. Asimismo, el 86,5% considera que su capacidad para trabajar se ve afectada por su

condición de discapacidad y el 82,5% no recibe ninguna capacitación para la realización de sus actividades laborales. Esto quiere decir que la mayoría de la población con discapacidad se encuentra desempleada como consecuencia de su discapacidad y una minoría trabaja por medio de contratos a término fijo o sin contrato laboral. Un hallazgo similar reporta el estudio realizado en Sabanalarga, Atlántico, de Gil et al. <sup>(62)</sup>, ya que la mayoría de sus participantes se encuentran desempleados por motivos de salud o realizan trabajos informales o de forma independiente que evidencian inestabilidad laboral. La OMS <sup>(1)</sup> considera que la discapacidad disminuye la productividad laboral solo si las labores requieren capacidad motora y uso de fuerza, de lo contrario, no hay razón para presuponer que la discapacidad en sí haga menos productiva a una persona, pues lo que se observa en el mundo es un prejuicio sobre la productividad de las personas con discapacidad que las conduce al desempleo o que las relega a labores que en sí mismas son menos productivas.

Finalmente, la presente investigación establece la relación entre los factores sociodemográficos, de atención en salud y de participación social en los sujetos con lesión medular inscritos en RLCPD de Manizales a través de la prueba Chi-Cuadrado de Pearson.

En la relación entre las variables sociodemográficas, se encuentra un P valor 0,047 entre el sexo del encuestado - personas que conforman el hogar; de manera que, en los hogares de las mujeres con discapacidad, tiende a haber 5 personas más; mientras que los hombres conviven con otras 3 a 5 personas. De igual forma, el P valor 0,022 entre el sexo del encuestado – familiares que presentan discapacidad, significa que, en los hogares de las mujeres con discapacidad, tiende a haber un familiar con discapacidad y en el de los hombres entre una y dos personas con tal condición. En tal sentido, y al analizar los resultados, se confirma que las mujeres con lesión medular tienden a vivir con más personas, una de ellas con discapacidad, una situación difícil al ser personas doblemente vulnerables, tanto por su condición de mujer como por su discapacidad, que las obliga a experimentar mayores inequidades sociales.

Se halla, por otro lado, un P valor  $< 0,0001$  entre población - sisbenizada - población sin ocupación; esto significa que las personas con discapacidad que se encuentran desempleadas tienden a no estar sisbenizadas. Lo que implica que tales personas no están en las bases de datos del SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales) un

hecho que dificulta su clasificación de acuerdo a sus condiciones de vida y al nivel ingresos, excluyéndola de los programas sociales del Estado.

La asociación entre las variables de atención en salud muestra la existencia de un P valor 0,011 entre la condición de salud oportunamente diagnosticada - le ordenaron rehabilitación en medicina física y de rehabilitación; es decir, el diagnóstico oportuno se asocia con la falta de remisión a servicios en medicina física y de rehabilitación.

Asimismo, el P valor  $< 0,0001$  entre la condición de salud oportunamente diagnosticada - ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad; da a entender que un diagnóstico oportuno se asocia con la orientación sobre el manejo de la discapacidad.

El P valor 0,001 entre el recibir orientación sobre el manejo de la discapacidad - le ordenaron rehabilitación de medicamentos permanentes, expresa que la persona que ha recibido orientación sobre manejo de su discapacidad se relación con la emisión de orden de rehabilitación de medicamentos permanentes.

La relación entre las variables de participación social, halla que el P valor  $< 0,0001$  entre la participación en actividades familiares – participación en actividades con la comunidad; significa que la participación en actividades familiares se asocia con la participación en actividades comunitarias.

Por otro lado, el P valor  $< 0,0001$  entre la participación en actividades productivas - participación en actividades de educación no formal, comprende que la participación en actividades productivas se asocia a la participación en actividades de educación no formal.

El P valor 0,015 entre la participación en actividades productivas – necesidad de capacitación para la participación en actividades productivas, implica que tales actividades se relacionan con la necesidad de la persona con discapacidad para mejorar su desempeño laboral o cambiar de actividad productiva.

Finalmente, la presente investigación corrobora la situación social de las personas con discapacidad, tanto a nivel local como nacional, delimitada en el Informe Mundial de Discapacidad de la OMS <sup>(1)</sup> donde se sostiene que, en promedio, las personas con discapacidad y sus las familias

tienen mayores limitaciones a la hora de participar de los diferentes procesos en los ámbitos relacionados con la educación, la incorporación al mercado laboral, la salud, entre otros.

## 8. Conclusiones

Es importante destacar la importancia del RLCPD como una herramienta fundamental para la recopilación de información sobre las personas con discapacidad, específicamente, sus situaciones sociodemográficas, de atención en salud y de participación social.

De igual manera, es un insumo fundamental para la implementación y gestión de políticas públicas que garanticen el desarrollo y ejecución de los procesos de participación de los lesionados medulares de la ciudad de Manizales.

La población con lesión medular presenta una condición de vulnerabilidad como consecuencia de sus limitaciones físicas, su estrato socioeconómico, sus escasos ingresos y el bajo nivel educativo; asimismo, se resalta la existencia de una asociación entre el género femenino y la convivencia con otras personas con discapacidad, así como adultos mayores, un hecho que profundiza su vulnerabilidad.

La población con discapacidad tiene, igualmente, otras personas a su cargo entre los que se encuentran niños y niñas menores de 12 años y adultos mayores de 60 años. Se resalta que las personas con lesión medular requieren ingresos para cumplir con sus obligaciones y el no tener un ingreso mayor a un salario mínimo, aumenta su vulnerabilidad económica.

Frente a la distribución por comunas, es llamativo que el 63% de los encuestados pertenezcan al estrato 1 y 2 y que el mayor porcentaje se encuentre en la comuna Cumanday, lo cual podría indicar que esta comuna presenta una mayor captación de lesionados medulares o que tuvo una mayor viabilidad para diligenciar el registro.

Según los distintos reportes de las entidades oficiales del municipio de Manizales, la causa de las lesiones medulares son eventos prevenibles como los accidentes de tránsito o la violencia.

Un alto porcentaje de la población con discapacidad no recibió acompañamiento médico durante el último año -2017-, una situación preocupante debido a la alta frecuencia de las complicaciones clínicas derivadas de la lesión medular; ello implica que esta condición médica no

sólo podría estar siendo sub diagnosticada y sub tratada en la etapa de diagnóstico, sino también en las complicaciones posteriores como consecuencia de lo anteriormente mencionado.

Preocupa, de otro lado, el bajo porcentaje de lesionados medulares que son valorados por medicina física y rehabilitación tras tener en cuenta que el profesional médico es el encargado de direccionar el proceso de rehabilitación médica; inquieta, además, el escaso acompañamiento desde el campo de la psicología en una condición catastrófica para la mayoría de las personas.

Tras la caracterización sociodemográfica que delimita que la mayoría de las personas con lesión medular tiene educación básica – primaria y secundaria -, es importante determinar cuáles son las barreras que impiden su acceso a la educación superior; ya que, si se tiene una población capacitada y formada, se mejora su productividad, nivel de ingresos e independencia, especialmente del género femenino.

El porcentaje de Lesionados Medulares que tiene un nivel de formación técnico o tecnológico también es bajo; por lo que cual, se deduce las pocas posibilidades para su incorporación exitosa en el mercado laboral. Es importe resaltar al SENA como una institución de formación técnica y tecnológica, pero la cobertura que ofrece a la población en cuestión es insuficiente.

Llama particularmente la atención, por otro lado, que los niños y niñas, de 6 años o más, con lesión medular tengan un nivel de participación en comunidad bajo.

Se resalta que los procesos de participación están relacionados entre sí; aquel lesionado medular que participa en actividades familiares o comunitarias, tiende a vincularse a otros procesos participativos.

Los procesos de participación comunitaria y en organizaciones de base son importantes porque posibilitan la integración funcional del individuo; la presente investigación arroja que los niveles de participación, en estos ítems, son muy bajos, en tanto se resalta que el entorno familiar obtiene el mayor porcentaje de participación.

Frente a la situación laboral, prevalece un alto porcentaje de Lesionados Medulares con una incapacidad permanente y que no tienen pensión; se resalta, igualmente, el bajo porcentaje de las personas que se encuentran laborando, en contraste con el 70% que no recibe ningún ingreso; esto, a pesar de la existencia de prebendas tributarias y normativas que hacen referencia a la vinculación laboral de las personas con discapacidad en las diferentes entidades del Estado.

## 9. Recomendaciones

Es urgente que las distintas entidades del Estado incorporen, efectivamente, la Resolución 113 del 2020 <sup>(67)</sup>, que tiene por objeto implementar el RLCPD y la Certificación de Discapacidad; ya que son mecanismos eficientes para localizar, caracterizar y certificar a las personas con esta condición.

Es importante que el RLCPD contenga, como anexo, una adición para que las personas con lesión medular presenten la información particular sobre su condición para que, de este modo, se comprenda mejor su tipo de discapacidad y se brinde, desde la diversidad, la accesibilidad a los servicios que requieren, teniendo en cuenta la alta frecuencia de complicaciones clínicas y sociales que presenta esta población.

Promover la participación por parte de las entidades del estado, es una garantía de derecho con la que cuenta la población, la oficina de discapacidad de la alcaldía de Manizales es una entidad que debe de velar por el acompañamiento y garantía de los derechos y deberes de la población con discapacidad, realizando acompañamiento y trazabilidad por las diferentes secretarías de despacho, las cuales deberán de dar cumplimiento a las políticas públicas de inclusión frente a temas de ciudad.

Se solicita una mayor formación de los diferentes profesionales en salud que atienden, en primer nivel, al Lesionado Medular; pues el acompañamiento y el direccionamiento debe de ser asertivo para que dicho lesionado reciba las atenciones pertinentes y se garantice su incorporación en la sociedad.

Se requiere que los aseguradores, por medio del Plan de Atención Básica, establezcan dentro de dentro de sus políticas de promoción y prevención en salud un factor diferencial de atención a los lesionados medulares tras reconocerse que ellos, por su condición, tienen una mayor prevalencia de presentar complicaciones físicas y psicosociales.

Es trascendente que el SENA -como institución pública, de orden nacional, que brinda formación a la población- mejore sus rutas de acceso para la incorporación de las personas con lesión medular en sus diferentes programas académicos.

Es importante que los programas de promoción en salud, así como los académicos, laborales y deportivos, entre otros, incluyan estrategias de socialización por medio de la radio; ya que, este es el medio de comunicación más utilizado por la población de lesión medular en la ciudad de Manizales. De igual forma, desde este espacio, se pueden promover campañas de participación social y ciudadana para la población en cuestión.

Se recomienda una intervención integral del Lesionado Medular que haga partícipe a todo entorno familiar al ser un pilar fundamental del proceso y contribuir con su socialización, un factor clave en la rehabilitación.

## 10. Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial. Informe mundial de la discapacidad 2011 [Internet]. OMS [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75356>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de personas con discapacidad 2015 [Internet]. [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Sala-situacional-discapacidad-Nacional-agosto-2015.pdf>
3. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. [citado el 10 de febrero de 2023]. 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
4. Henao Lema, C. P. y Gil Obando, L. M. Calidad de vida y situación de discapacidad. Rev Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2009;14(2):112-125. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126692005>
5. Fantova, F. Discapacidad, calidad de vida y políticas públicas. Fepapdem. 2007. 8:10–1.
6. Carvajal, C. Pacheco, C. Gomez-Rojo, C Calderon, J. Cadavid, C. y Jaimes, F. Características clínicas y demográficas de pacientes con trauma raquimedular: experiencia de seis años. Acta Med Col [Internet]. 6 de mayo de 2015;40(1):45-0. Disponible en: <http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/403>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS), Bickenbach, J. Officer, A. Shakespeare, T. von Groote, P. y Salud et al. Lesiones de la médula espinal: perspectivas internacionales, resumen. Swiss Paraplegic Research [Internet]. 2014; 1-14. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131504>

8. Secretaría de Salud Pública de Manizales. Discapacidad [Internet]. [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://manizalessalud.net/quienes-somos/programas/salud-publica/programa-ampliado-de-inmunizaciones/discapacidad/>
9. Egea, C. y García, M. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad [Internet]. Artículos y Notas. 2001. 15–30. 2015. Disponible en: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion\\_oms.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf)
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales en salud [Internet]. 2008 [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)
11. Hernandez Posada, A. Las Personas con Discapacidad, su calidad de vida y la de su entorno. Rev Aquichán [Internet]. 2004; 4(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/50>
12. Office of Developmental Primary Care. Modelos médicos y sociales de discapacidad [Internet]. [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://odpc.ucsf.edu/es/informaci%C3%B3n-m%C3%A9dica/atenci%C3%B3n-centrada-en-el-paciente/modelos-m%C3%A9dicos-y-sociales-de-discapacidad>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF). NIPO: editors. 2001.
14. Rodríguez Alonso, A y Oltra Rodríguez, E. Características clínicas, complicaciones secundarias y apoyos en personas con lesión medular traumática en Asturias. Enferm Glob [Internet]. 2020;19(4):322–48. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/1695-6141-eg-19-60-322.pdf>

15. Abellán, A. Esparza, C. Castejón, P. y Pérez, J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2011; 25(2):5–11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111100255X>
16. Daza Timaná, G. E. y Mosquera Ruiz, M. G. Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad en Barranquilla [Tesis]. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales. 2013. Disponible en: [https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/201/1/Determinantes\\_Sociales\\_Salud\\_DSS\\_discapacidad\\_Barranquilla\\_2012\\_resultados\\_registro\\_localizaci%C3%B3n\\_caracterizaci%C3%B3n\\_personas\\_discapacidad.pdf](https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/201/1/Determinantes_Sociales_Salud_DSS_discapacidad_Barranquilla_2012_resultados_registro_localizaci%C3%B3n_caracterizaci%C3%B3n_personas_discapacidad.pdf)
17. Jiménez Bunuales, M.T. González, D. P. y Martín Moreno, J. M. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF). *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 271-9. doi: 10.1590/s1135-57272002000400002. PMID: 12216167.
18. Valencia Ruiz, J. y López Mesa, M. Complicaciones en el trauma raquimedular. *Rev CES Mov y Salud* [Internet]. 2013; 1(1):44–51. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoysalud/article/view/2489>
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo general 2005. [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1>
20. Centro Nacional de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia; Memorias de guerra y dignidad [Internet]. Disponible en: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf>

21. Piédrola Gil, G. Medicina preventiva y salud pública. 10 ed.. Barcelona: Masson. 2009.
22. Hincapie Agudelo, T. P. Hernández Rodríguez, P. C. Hurtado Lozano, L.T. Blanco Zabala M. A. y Agudelo Martinez, A. Caracterización de las personas con discapacidad matriculadas en instituciones de atención y rehabilitación, Sabaneta 2013. [Internet]. Universidad Autónoma de Manizales y Universidad CES. 2013. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2589/Trabajo%20de%20grado?sequence=2&isAllowed=y>
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Funcionamiento Humano: resultados censo nacional de población y vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/cnpv-2018-presentacion-funcionamiento-humano.pdf>
24. Comité Municipal de Discapacidad Municipio de Manizales. Política Pública Discapacidad: Perfil epidemiológico de Manizales 2014 [Internet]. [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://manizales.gov.co/RecursosAlcaldia/201507071435266401.pdf>
25. Rebollo Rubio, A. González Castillo, J. A. Cabrera Azaña, S. Pinilla Cancelo, M. J. y Mancilla Francisco, J. J. Whodas II: la herramienta de la organización mundial de la salud (OMS) para evaluar la discapacidad. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2013; 16(1): 120-121. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842013000500060&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000500060&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000500060>.
26. Ruzafa, J. y Moreno, J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 1997; 71(2):127-37. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Medición de la salud y la discapacidad.

- WHODAS 2.0 [Internet]. 2010. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309\\_spa.pdf;jsessionid=8447DDFF1971D7AD7CF5FD7CFB2251C61?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=8447DDFF1971D7AD7CF5FD7CFB2251C61?sequence=1)
28. Henao Lema, C. P. y Pérez Parra, J. E. Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. *Rev Hacia la Promoc la Salud* [Internet]. 2011; 16(2):52–67. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a04.pdf>
29. Castaño Rodríguez, M. Parga Solano, D. M. y Gutiérrez Viveros, Y. Situación de la población discapacitada en Neiva [Tesis postgrado en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social]. Neiva: Universidad Sur Colombiana. 2006.
30. Márquez, M. y Velasco, F. Lesión medular. *Rehabil Neurol*. 2013; 1(1):505–19.
31. Quintero Flores, O. Trauma raquimedular ( TRM ). *Cart salud, Valle del Lili*. 2016; 240(1900–3560):1–19.
32. Henao Lema, C. P. y Pérez-Parra, J. E. Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan* [Internet]. 2010. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1682/2190>.
33. Cabello Granado, P. A. y Arévalo-Velasco J. M. Estimación del costo sanitario de las úlceras por presión en pacientes lesionados medulares. *Gerencia y Políticas Salud*. [Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 2016 Jun. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17150>.
34. Pérez, C. Novoa, A. Ferrando, J. Santamariña, E. García-Altés, A. Seguí-Gómez, M. Lesiones medulares traumáticas y traumatismos craneoencefálicos en España, 2000-2008. [Internet] 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/JornadaDec>

enioAccionSeguridadVial/docs/Lesiones\_Medulares\_WEB.pdf.

35. Rubio de Sousa, D. Chen Chieng, Yuan. Y Del Valhe Abi Rached, R. Characteristics of spinal cord injuries in a referral center in São Paulo-Brazil. [Internet] Rev Col Med Fis Rehab 2012. [Consultado 2018 Feb 22]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/299481176\\_Characteristics\\_of\\_spinal\\_cord\\_injuries\\_in\\_a\\_referral\\_center\\_in\\_Sao\\_Paulo-Brazil](https://www.researchgate.net/publication/299481176_Characteristics_of_spinal_cord_injuries_in_a_referral_center_in_Sao_Paulo-Brazil).
36. Capó, J. El paciente con lesión medular en fase crónica. Revisión del tratamiento fisioterápico. Fisioglía; 2016
37. Chhabra, HS. y Arora, M. Demographic profile of traumatic spinal cord injuries admitted at Indian Spinal Injuries Centre with special emphasis on mode of injury: a retrospective study. [Internet]. New Delhi: Spinal Cord. 2012 Oct [Consultado 2018 Feb 22]. 50(10):745–54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22584285>.
38. Löfvenmark, I. Norrbrink, C. Nilsson-Wikmar, L. Hultling, C. Chakandinakira, S. y Hasselberg, M. Traumatic spinal cord injury in Botswana: characteristics, aetiology and mortality. [Internet]. Spinal Cord. 2015 Feb [Consultado 2018 Feb 22] 53(2):150–4. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/sc2014203>
39. Chiu W-T, Lin H-C, Lam C, Chu S-F, Chiang Y-H y Tsai S-H. Review paper: epidemiology of traumatic spinal cord injury: comparisons between developed and developing countries. [Internet]. Asia Pacific J Public Heal 2010 Ene [Consultado 2018 Feb 22] 22(1):9–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20032030>.
40. Castillo D, Alfonso. Comportamiento de muertes y lesiones por accidentes de transporte. [Internet] 2015 Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Accidentes+de+transporte+pr>

imera+parte.pdf

41. Ruiz Rueda, M. y Aguado Díaz, A. Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. [Internet]. Madrid Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) 2003 [Consultado 2018 Apr 5]. Disponible en: [http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3220/Estrategias\\_de\\_afrontamiento\\_y\\_proceso\\_de\\_adaptacion\\_a\\_la\\_lesion\\_medular.pdf?sequence=1&rd=0031552149557849](http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3220/Estrategias_de_afrontamiento_y_proceso_de_adaptacion_a_la_lesion_medular.pdf?sequence=1&rd=0031552149557849)
  
42. Barbera, J.M.C. La rehabilitacion como especialidad médica. Fundam y espedidad. [Internet] 1976. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asw.2013.04.001>  
[http://journals.cambridge.org/abstract\\_S0140525X00005756](http://journals.cambridge.org/abstract_S0140525X00005756)  
<http://www.brie.org/pub/index.php/rbie/artle/view/1293>  
<http://wwwpsych.nmsu.edu/~pfoltz/reprints/Edmedia99.html>
  
43. Brisn, BBA. Hoyos, GPA. Roldán, MB. López, CB. Loaiza, GE. Torres, AR. et al. Ruta crítica en la rehabilitación de las personas con trauma raquimedular del Hospital Universitario del Valle - Colombia. Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación. 2013;119–23.
  
44. Álvarez, David. Anaya G, María I. Arango, Jaime. Arce, Julio C. Arias, Daniel R. y Hegger, Otto. et al. Guía de evaluación, manejo y rehabilitación del paciente con trauma raquimedular. [Internet] Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira 2013. Disponible en: <http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/TRAUMA-RAQUIMEDULAR.pdf>.
  
45. Mejia, A. y Sanchez, A. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. [Internet]. 2007 [Consultado 2018 Apr 24] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a05.pdf>.
  
46. Fundación Saldarriaga. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad

- Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico [Internet]. Bogotá: 2009; Disponible en: <http://mesadesplazamientoydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009.pdf>.
47. Gómez, L. y Valencia, M. Fundación Saldarriaga Concha. Resumen del estudio nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de rehabilitación en Colombia. Bogotá; 2003.
48. Ruiz Serrano, CP. Ramírez Ramírez, C. Abril Miranda, JP. Ramón Camargo, LV. Guerra Urquijo, LY. y Clavijo González, N. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. [Internet]. Rev Salud UIS 2013 [Consultado 2018 Apr 15] Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/3299/3792>
49. Padilla Muñoz, Andrea. Inclusión educativa de personas con discapacidad. [Internet]. rev.colomb.psiquiatr. 2011 Dic [Consultado 2022 Dic 20] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347450201100040000&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347450201100040000&lng=en)
50. Comfandi. Pacto de productividad presenta modelo de inclusión laboral para personas en situación de discapacidad [Internet]. Vol. 8. 2015 [Consultado 2018 Apr 23]. Disponible en: [https://www.comfandi.com.co/sites/default/files/documentos/noticia-prensa/2015/Abril/comunicado\\_de\\_prensa\\_evento\\_pacto\\_de\\_productividad.pdf](https://www.comfandi.com.co/sites/default/files/documentos/noticia-prensa/2015/Abril/comunicado_de_prensa_evento_pacto_de_productividad.pdf).
51. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Estrategia y plan de acción para la inclusión de la discapacidad 2014-2017. [Internet]. Organización Internacional del Trabajo 2015 [Consultado 2018 Abr 23] Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_emp/---ifp\\_skills/documents/genericdocument/wcms\\_370773.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/genericdocument/wcms_370773.pdf).
52. Ottomanelli, L. y Lind, L. Review of critical factors related to employment after spinal cord injury: implications for research and vocational services. [Internet] J Spinal Cord Med

- 2009 32(5):503–31. [Consultado 2018 Abr 23] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20025147>.
53. Villa Fernández, Nuria. Situación laboral de las personas con discapacidad en España. [Internet]. Rev Complutense de Educación 2003 [Consultado 2018 Abr 15] Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0303220393A/16401>.
54. Rimmer, JH. Riley, B. Wang, E. Rauworth, A. y Jurkowski, J. Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. [Internet] Prev Med 2004 Jun [Consultado 2018 Abr 15] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15165658>
55. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública. Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Diario Oficial, 46716 (agos 10, 2007).
56. Observatorio Nacional de Discapacidad. Línea base. Discapacidad Organización Panamericana de la Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información. Análisis descriptivo de indicadores; 2014.
57. Hernández Sampieri, R. Metodología de la investigación. [Internet] México DF: Interamericana editores S.A. 2014 [Consultado 2018 Mar 27]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
58. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. [Internet] Bogotá: Ministerio de Salud 1994 Octubre 4. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

59. Alcaldía de Manizales. Perfil epidemiológico de la Alcaldía de Manizales. [Internet] Manizales: Alcaldía de Manizales Secretaría de Salud 2015. Disponible en: <https://manizalessalud.net/wp-content/uploads/2016/12/Perfil-Epidemiologico-Manizales-20151.pdf>
60. Vélez, C. Vidarte, J. y Cerón J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. [Internet] Determinación Social en Salud 2013. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13500>
61. Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de vida. [Internet]. [consultado enero 18 de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
62. Gil Obando, Liza Maritza, López López, Alexandra. y Manotas Guzmán, Yesenia Milena. Relación entre las características sociodemográficas y la discapacidad en adultos del municipio de Sabanalarga – Atlántico. Med UNAB [Internet]. 2019. [Consultado 2022 dic 22] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/719/71964814007/>
63. Cobo Mejía, Elisa. Sandoval Cuellar, Carolina. Alvarado Rojas, Yenny. Magnitud de la discapacidad en Boyacá, Colombia. Rev Salud Púb [Internet]. 2012. [Consultado 2022 dic 22] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/776-788/es>
64. Montero Mejía, F. Actualización sobre la situación de la lesión medular en América Latina: retos y oportunidades en su atención. Rev Col Med Fis Rehab [Internet]. 2022 [consultado 2023 ago 23]; 32:238-4. Disponible en: <https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/360>
65. Castelblanco Niño, M. Cerquera Guerrero, L. Vélez Álvarez, C. y Vidarte Claros, J. Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. [Internet] Bogotá: Universidad Santo

Tomás de Aquino. 2013. Disponible en:  
<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/1807/1942>

66. Padilla Muñoz, Andrea. Inclusión educativa de personas con discapacidad. [Internet] Bogotá: Revista Colombiana de Psiquiatría, vol 40, núm. 4. 2011 Dic. Disponible en:  
<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/9896f873-cc55-4fff-8acb-0fd2d082dbb1/content>
  
67. Colombia. El Ministro de Salud y Protección Social. Resolución 13 de 2020 por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. (Ene 13, 2020).

## **11. Anexos**

### **Anexo 1**

El Registro de Localización y Caracterización de Personas en Condición de Discapacidad (RLCPD) requiere de una pagina completa para no fragmentar su visualización; por consiguiente, el anexo del registro se encuentra en la siguiente página. Fuente Ministerio de salud y proteccion social. <sup>(70)</sup>



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Tipo de Identificación (SU)

1.  RC Registro civil      4.  CE Cédula de extranjería      7.  PA Pasaporte  
2.  TI Tarjeta de identidad      5.  Adulto sin identificación      8.  CD Carnet diplomático  
3.  CC Cédula de ciudadanía      6.  Menor sin identificación

## Número de identificación

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

- 1.1 Fecha de diligenciamiento  
AAAA     MM   DD
- 1.2 Primer Apellido  
\_\_\_\_\_
- 1.3 Segundo Apellido  
\_\_\_\_\_
- 1.4 Primer Nombre  
\_\_\_\_\_
- 1.5 Segundo Nombre  
\_\_\_\_\_
- 1.6 Sexo  
1.  Hombre      2.  Mujer
- 1.7 Fecha de Nacimiento  
AAAA     MM   DD
- 1.8 Tipo de población (SM)
1.  Habitantes de la Calle
  2.  Población infantil a cargo del ICBF
  3.  Madres comunitarias
  4.  Artistas, autores, compositores
  5.  Población sisbenizada
  6.  Población desmovilizada
  7.  Población en condiciones de desplazamiento forzado
  8.  Población en centros psiquiátricos
  9.  Población rural migratoria
  10.  Población en centros carcelarios
  11.  Población Rural no Migratoria
  12.  Pob. de la tercera edad en protección de ancianato
  13.  Adulto Mayor
  14.  Cabeza de Familia
  15.  Mujer Embarazada
  16.  Mujer Lactante
  17.  Trabajador Urbano
  18.  Trabajador Rural
  19.  Víctima de Violencia Armada
  20.  Jóvenes vulnerable rurales
  21.  Jóvenes vulnerables urbanos
  22.  Sin ocupación
  23.  Ninguno
- 1.9 Actualmente vive  
1.  Solo (Pase a 1.12)  
2.  Acompañado
- 1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar?
- 1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad?
- 1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)  
1.  Si  
2.  No (Pase a 1.15)
- 1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años
- 1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años
- 1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?  
1.  Si  
2.  No
- 1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1.  Protección
  2.  Hogar sustituto
  3.  Hogar comunitario
  4.  Hogar infantil
  5.  Club juvenil
  6.  Otro programa de bienestar
  7.  Ninguno
- 1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1.  Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente.
  2.  Raizal (Población del Archipiélago de San Andrés y Providencia)
  3.  Palenquero de San Basilio
  4.  ROM (Gitanos)
  5.  Indígena
  6.  Otra Etnia.
  7.  Ninguna

## CAPITULO II. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

- 2.1 Departamento  
\_\_\_\_\_
- 2.2 Municipio  
\_\_\_\_\_
- 2.3 Área (SU)
1.  Cabecera Municipal (Área urbana)
  2.  Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
  3.  Rural disperso
- 2.4 Nombre Localidad / comuna  
\_\_\_\_\_
- 2.5 Nombre del centro poblado  
\_\_\_\_\_
- 2.6 Nombre del Barrio o Vereda  
\_\_\_\_\_
- 2.7 Dirección  
\_\_\_\_\_
- 2.8 Número de teléfono
- 2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
1.  Estrato 1      4.  Estrato 4      7.  Sin Estrato
  2.  Estrato 2      5.  Estrato 5
  3.  Estrato 3      6.  Estrato 6
- 2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)
1.  Energía eléctrica
  2.  Alcantarillado
  3.  Gas natural conectado a red pública
  4.  Teléfono
  5.  Recolección de basuras
  6.  Acueducto
  7.  Ninguno
- 2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?  
1.  Si  
2.  No
- 2.12 Actualmente vive en (SU)
1.  Casa
  2.  Apartamento
  3.  Cuarto
  4.  Institución pública (Pase a 3.1)
  5.  Institución privada (Pase a 3.1)
  6.  Calle (Pase a 3.1)
  7.  Otro tipo de vivienda
- 2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1.  Arriendo o subarriendo
  2.  Vivienda Propia y la esta pagando
  3.  Vivienda Propia totalmente pagada
  4.  Vivienda de un familiar sin pagar arrend
  5.  Vivienda de un tercero sin pagar arrendo
  6.  Otra condición

2

## CAPITULO III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

- 3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones permanentes en: (SM)
1.  El sistema nervioso
  2.  Los ojos
  3.  Los oídos
  4.  Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
  5.  La voz, el habla
  6.  El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
  7.  La digestión, el metabolismo, las hormonas
  8.  El sistema genital, urinario, reproductivo
  9.  El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
  10.  La piel, las uñas, el cabello
  11.  Ninguna
- 3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta?
- 3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud:
- 3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta condición de salud?
- 3.3.1. ¿Y hace cuántos meses presenta esta condición de salud?
- 3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)
1.  Pensar, memorizar
  2.  Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
  3.  Oír, aun con aparatos especiales
  4.  Distinguir sabores u olores
  5.  Hablar y comunicarse
  6.  Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
  7.  Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
  8.  Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
  9.  Caminar, correr, saltar
  10.  Mantener piel, uñas y cabellos sanos
  11.  Relacionarse con las demás personas y el entorno
  12.  Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
  13.  Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
  14.  Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
  15.  Otra
  16.  Ninguna
- 3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)
1.  Movilidad
  2.  Sensorial Auditiva
  3.  Sensorial Visual
  4.  Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
  5.  Sistémica
  6.  Mental Cognitivo
  7.  Mental Psicosocial
  8.  Voz y Habla
  9.  Piel, Uñas y Cabello
  10.  Enanismo
  11.  No la sabe nombrar
  12.  Múltiple
- 3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)
1.  Familiares
  2.  Amigos, compañeros
  3.  Vecinos
  4.  Funcionarios, empleados
  5.  Otras personas
  6.  Nadie
- 3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)
1.  Dormitorio
  2.  Sala - comedor
  3.  Baño - sanitario
  4.  Escaleras
  5.  Pasillos - patios
  6.  Andenes - aceras
  7.  Calles, vías
  8.  Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
  9.  Praderos, terminales de transporte
  10.  Vehículos de transporte público
  11.  Centros educativos
  12.  Lugares de trabajo
  13.  Centros de salud, hospitales
  14.  Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
  15.  Otros lugares
  16.  Ninguno
- 3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)
1.  Medios escritos
  2.  Radio
  3.  Televisión
  4.  Teléfono
  5.  Internet
  6.  Ninguno
- 3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?
1.  Sí
  2.  No (Pase a 3.18)
- 3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)
1.  Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
  2.  Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
  3.  Enfermedad general (Pase a 3.18)
  4.  Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
  5.  Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
  6.  Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
  7.  Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
  8.  Desastre natural (Pase a 3.13)
  9.  Accidente (Pase a 3.14)
  10.  Víctima de violencia (Pase a 3.15)
  11.  Conflicto armado (Pase a 3.16)
  12.  Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
  13.  Otra causa (Pase a 3.18)
- 3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)
1.  Medio ambiente físico del lugar de trabajo
  2.  Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
  3.  Contaminantes (químicos, biológicos)
  4.  Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
  5.  Organización del trabajo (psicodolores)
  6.  Otra causa
- 3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)
1.  Psicoactivos aceptados socialmente
  2.  Psicoactivos socialmente no aceptados
- 3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)
1.  Terremoto
  2.  Inundación
  3.  Deslizamiento
  4.  Otro desastre natural
- 3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)
1.  Del tránsito
  2.  En el hogar
  3.  En el centro educativo
  4.  De trabajo
  5.  Deportivo
  6.  Otro tipo de accidente
- 3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.18)
1.  Al interior del hogar
  2.  Delincuencia común
  3.  Social
  4.  Otra
- 3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)
1.  Arma de fuego
  2.  Bomba
  3.  Minas Antipersonales MAP
  4.  Municiones sin Explotar MUSE
  5.  Artefactos Explosivos Improvisados AEI
  6.  Otro tipo de arma
- 3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)
1.  Atención médica inoportuna
  2.  Equivocaciones en el diagnóstico
  3.  Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
  4.  Deficiencias en la calidad de la atención
  5.  Otra
- 3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?
1.  Sí
  2.  No
  3.  No sabe
- 3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad? :
- 3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad?
- 3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad?

## CAPITULO IV. SALUD

3

- 4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
- Si
  - No
- 4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
- Si
  - No
- 4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
- Atención general en salud
  - Atención en salud por causa de su discapacidad
  - Ninguna
- 4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
- Si
  - No
- 4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
- Ayudas técnicas
  - Prótesis
  - Medicamentos
  - Ninguna
- 4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
- Ayudas técnicas
  - Prótesis
  - Medicamentos
  - Ninguna
- 4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
- Ayudas técnicas
  - Prótesis
  - Medicamentos
  - Ninguna
- 4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
- Si
  - No (Pase a 4.10)
- 4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
- Algún miembro del hogar
  - Persona externa no empleada
  - Persona externa empleada para ayudarlo
  - Otra
- 4.9.1 ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
- Hombre
  - Mujer
- 4.10 ¿Se esta recuperando de su discapacidad?
- Si
  - No (Pase a 4.12)

- 4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
- A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
  - Al apoyo de la familia
  - A su empeño por salir adelante
  - A la ayuda de Dios
  - A la acción de la medicina alternativa
  - Otro
- 4.12 ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
- Medicina física y de rehabilitación
  - Psiquiatría
  - Fisioterapia
  - Fonoaudiología
  - Terapia ocupacional
  - Optometría
  - Psicología
  - Trabajo social
  - Medicamentos permanentes
  - Otro tipo de rehabilitación
  - Ninguno (Pase a 4.16)
- 4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
- Si
  - No (Pase a 4.16)
- 4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
- El sistema general de salud
  - La familia
  - Personalmente
  - Una ONG
  - El empleador
  - Otro
- 4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
- Público (Pase a 5.1)
  - Privado (Pase a 5.1)
  - No sabe (Pase a 5.1)
- 4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
- Ya terminó el servicio de rehabilitación
  - Cree que ya no lo necesita
  - No le gusta
  - Falta de dinero
  - El centro de atención queda muy lejos
  - No hay quien lo lleve
  - No ha sido autorizado por el asegurador
  - No sabe
- 4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?
- 4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación?
- 4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
- Si
  - No

## CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más

- 5.1 ¿Sabe leer y escribir?
- Si
  - No
- 5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
- Si
  - No (Pase a 5.6)
- 5.3 ¿El establecimiento donde estudia es:?
- Público
  - Privado
- 5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo: (SM)
- Pedagógicos
  - Tecnológicos
  - Terapéuticos
  - Comunicativos
  - Administrativos
  - Financieros
  - Ninguno
- 5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
- Si (Pase a 5.7)
  - No (Pase a 5.7)

- 5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
- Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
  - Costos educativos elevados o falta de dinero
  - Por falta de tiempo
  - No aprobó el examen de ingreso
  - Falta de cupos
  - No existe centro educativo cercano
  - Necesita trabajar
  - No le gusta o no le interesa el estudio
  - Perdió el año o fue expulsado
  - Su familia no quiere que estudie
  - Por su discapacidad
  - Otra razón
- 5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)
- Preescolar
  - Básica primaria
  - Básica secundaria
  - Técnico o Tecnológico
  - Universitario
  - Postgrado
  - Ninguno  (Pase a 5.11)
- 5.8 ¿Hace cuántos años?

4

**CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más - Continuación**

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero primaria a grado doce bachillerato)

1.  Sí  
2.  No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuántas veces:

Grado      1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   11   12  
No. de veces | | | | | | | | | | | |

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1.  Sí  
2.  No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1.  Sí  
2.  No

**CAPITULO VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS: Para personas de 10 años y más**

6.1 Participa en actividades: (SM)

1.  Con la familia y amigos  
2.  Con la comunidad  
3.  Religiosas o espirituales  
4.  Productivas  
5.  Deportivas o de recreación  
6.  Culturales  
7.  Educación para el trabajo y desarrollo humano  
8.  Ciudadanas  
9.  Otras  
10.  Ninguna

6.2 ¿Actualmente participa en alguna organización?

1.  Sí (Pase a 6.4)  
2.  No

6.3 Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización: (SU)

1.  Falta de dinero  
2.  Falta de tiempo  
3.  No existe o no la conoce  
4.  Siente rechazo u obstaculación  
5.  Por su discapacidad  
6.  No cree en ellas  
7.  Sus principios o creencias se lo impiden  
8.  Prefiere resolver sus problemas sólo  
9.  Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?

1.  Sí  
2.  No

**CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más**

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU)

1.  Trabajando  
2.  Buscando trabajo (Pase a 7.5)  
3.  Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)  
4.  Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)  
5.  Estudiando (Pase a 7.5)  
6.  Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)  
7.  Recibiendo renta (Pase a 7.5)  
8.  Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)  
9.  Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)  
10.  Otra actividad (Pase a 7.5)

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

1.  A término fijo  
2.  A término indefinido  
3.  Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

1.  Industria  
2.  Comercio  
3.  Agrícola  
4.  Pecuaria  
5.  Servicios  
6.  Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

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

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1.  Sí  
2.  No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

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

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1.  Sí  
2.  No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Dónde recibió la capacitación? (SU)

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

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

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

**CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO**

8.1 Tipo de identificación

1.  CC Cédula de ciudadanía  
2.  CE Cédula de extrajeria  
3.  PA Pasaporte  
4.  CD Carnet diplomático

8.2 Número de identificación

| | | | | | | | | | | |

8.3 Primer Apellido

\_\_\_\_\_

8.4 Segundo Apellido

\_\_\_\_\_

8.5 Primer Nombre

8.6 Segundo Nombre

8.7 Departamento donde se realiza el registro

8.8 Municipio donde se realiza el registro

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD)

8.10 Fecha de Registro

AAAA | | | | MM | | DD | |

Observaciones

Autorizo al Ministerio de la Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_