**Determinantes de las distintas disfuncionalidades en mujeres colombianas: A partir de la Encuesta Nacional de Salud 2007, una visión de la discapacidad de género.**

Rafael Tuesca Molina\*, Carlos Osorio Alarcón\*\*, Diego Olaya\*\*

**Introducción**: La disfuncionalidades entendida como disminución en la capacidad e interacción de realizar una actividad en relación con el medio ambiente valorado a partir de: estructuras corporales, actividades de la vida diaria, participación social y de factores personales. Se analizó la disfuncionalidad en las mujeres a fin de identificar aspectos a intervenir desde la salud pública en los territorios. Este estudio analizó la relación de algunos componentes de discapacidad del WHODASII con factores geográficos, personales y de percepción de salud.

**Métodos**: Transversal a partir de datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de Colombia 2007. Se seleccionaron 33.152 mujeres de la data, con edades comprendidas desde 12 a 69 años. Muestra con representatividad nacional y por región. Se analizó mediante la odds ratio y su respectivo intervalo de confianza al 95% mediante análisis de regresión logística binaria con SPPS versión 20.

**Resultados**. Dificultad en concentrarse en las edades de 45 a 54 años (OR=1.2) y de 55 a 69 años (OR=1.4), ser etnia Afrodescendiente (OR= 1,3). La dificultad para aprender algo nuevo: indígenas (OR:1.2) y Afrodescendientes (OR: 1.3). La discapacidad para moverse, a medida que se avanza en edad se incrementó en el grupo de 35-44 años al compararse con el grupo de 55 a 69 años. Afectación para relacionarse con desconocidos etnias tipo gitana (OR=3.2), Palenquera (OR=3.8) Afrodescendientes (OR=1.3). A medida que disminuye la percepción de salud se afectan todos los componentes evaluados: concentración, relación, movilidad y actividades de la vida diaria.

**Discusión**: Estas disfuncionalidades en mujeres se acentúan por bajo nivel educativo y la presencia de incapacidad. Se identificaron factores individuales y geográficos en la prevalencia de disfuncionabilidad especialmente en afrodescendientes. Los hallazgos deben posibilitar ajustar planes, políticas y programas regionales con énfasis en población vulnerable. Desarrollar oferta educativa y acceso a la educación básica y especializada y enfoque de atención diferencial en municipios menos desarrollados y en áreas rurales. Revisión de planes de ordenamiento territorial con oportunidad para los discapacitados y reducción de barreras arquitectónicas. Empoderamiento social a fin garantizar derechos y participación social incluyente que permita reducir la discapacidad y las barreras por ser mujer.

Palabras claves: Discapacidad, Grupos éticos, estudios transversales ( Disability, Ethnic groups, cross sectional studies)

\*Rafael Tuesca Molina. Profesor Asociado. Departamento de Salud Pública. Universidad del Norte (rtuesca@uninorte.edu.co)

\*\*Carlos Osorio Alarcón. Estudiante de Medicina. División Ciencias de la Salud. Universidad del Norte

\*\*Diego Olaya. Estudiante de Medicina. División Ciencias de la Salud. Universidad del Norte

1. **INTRODUCCION**

Hablar de la disfuncionalidades entendida como una disminución en la capacidad de realizar una actividad [1] para el caso de mujeres hace referencia a describir una serie de fenómenos tales como el discapacidad, la minusvalía y la deficiencia; para entender de manera global estos términos es necesario contextualizar el funcionamiento valorado a partir de las estructuras corporales, de las actividades de la vida diaria y la participación social teniendo en cuenta el ambiente y los factores personales, Esto se entiende como la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud “CIF” [1-4]. A fin de valorar la diferencia de una discapacidad por ejemplo el hecho de que dos personas sean ciegas, mientras una puede ser un profesional destacado, y el otro un mendigo; cabe entender que entre los dos existe una brecha dado por factores del contexto, Por ello esta investigación pretende entender y explicar el contexto social que interviene en la presentación de situaciones disfuncionales en la vida de la mujer colombiana.

La adopción de la medición de la discapacidad y funcionalidad en esta encuesta permite disponer de una métrica para compararnos a fin de disponer de una línea base para el monitoreo de la “CIF” en el contexto nacional y regional, Los estudios relacionados con discapacidad muestran similitudes en relación a su estimación [5-8], por ello su métrica garantiza una medición homogénea de discapacidad, además se ha observado que, guarda cierta correspondencia con los instrumentos de calidad de vida relacionado con la salud y permitirá comparar prevalencias a nivel local y mundial. Sin embargo, las prevalencias difieren del instrumento empleado para estimar disfuncionalidad o discapacidad, estas varían desde valores inferiores de un 10% hasta un 35%. La Organización Mundial de la salud en su informe de 2011 [9], estima que aproximadamente entre un 15% a un 19% de la población mundial presenta algún grado de discapacidad (en mayores de 15 años); esta situación se incrementa en países de baja renta, en mujeres, ancianos, personas en el quintil más pobre, sin trabajo y con poca formación académica.

Otro aspecto que influye en la presentación de la discapacidad, es el envejecimiento e incremento de la expectativa de vida en países en vías de desarrollo como el nuestro. La discapacidad plantea a los servicios de salud retos y nuevas estrategias para enfrentar la atención y rehabilitación. Así mismo, se exige a las ciudades adaptar nuevos espacios para las personas con discapacidad. Por ello la medición de bienestar y calidad de vida en especial en las mujeres colombianas debe abordar estos determinantes para su interpretación y ajustar las políticas locales.

**2. Material y Metodo**

Los datos utilizados proceden de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS 2007) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Esta encuesta se compone de diversos cuestionarios y submuestras. Para este estudio se utilizó la base de datos del cuestionario “Hogar 2” que abordó tópicos sociodemográficos y de morbilidad sentida y de este se seleccionaron 33,152 mujeres de 12 a 69 años de edad. La muestra es representativa para el país en los segmentos regional y nacional, que incluyó entre otras característica de tipo probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico.

Para este estudio se seleccionaron como variables dependientes las capacidades o habilidades de: mantenerse concentrada, aprender algo nuevo, estar de pie durante largos periodos, caminar largas distancias, relacionarse con otras personas que no conoce, mantener una amistad y actividades en comunidad y de la vida cotidiana. Este conjunto de variables hacen parte de las categorías o dimensiones descritas en el instrumento WHO-DAS II (“World Health Organization Disablement Assessment Schedule II”), instrumento de evaluación de discapacidades de la OMS, En él se estimaron algunas dimensiones de la discapacidad relacionada con: *a)* Comprensión y Comunicación; *b)* Capacidad para Moverse en el Entorno; c) Relacionarse con Otras Personas; d) Actividades de la Vida Diaria yParticipación en la Sociedad.

Con respecto a la construcción dicotómica de las distintas variables dependientes relacionadas con disfunción o discapacidad de la encuesta Hogar 2 en el apartado XI, denominado funcionamiento y discapacidad sentida, se procedió de la siguiente manera: para cada una de las preguntas relacionadas con discapacidad, por ejemplo “*mantenerse concentrado haciendo algo por diez minutos o más”*, las opciones de respuesta fueron: “ninguna (1); leve (2); moderada (3); severa (4) y extremadamente no puede hacerlo (5). Para su análisis esta variable fue reclasificada en ninguna disfunción (0) si la opción de respuesta fue 1 y para el caso de presentar una afectación o disfuncionalidad se clasificó como (1) a cualquiera de las opciones de 2 a 5, para cada uno de las cuatro dimensiones descritas.

Con respecto a las variables independientes se presentan de tipo individual categorizadas por: sociodemográficas, de percepción de salud y del entorno geográfico (área y región).

La edad se presenta en grupos decenales a partir de 12 años hasta 69 años, Se incluyen otras variable de tipo sociodemográfico y personal: etnia (entendiéndose la auto identificación o reconocimiento de pertenecer a grupos étnicos: indígena, raizal, gitano, Palenquero [descendiente cimarrón de origen africano asentado en San Basilio de Palenque], negro y ninguno), nivel de estudios, ocupación, vivir en pareja y medio de transporte utilizado.

La percepción de salud se estimó con la siguiente pregunta: En general, ¿cómo ha sido la salud de \_\_\_\_\_? Y las opciones de respuesta: Muy buena, buena, regular, mala y muy mala,

La presentación del entorno geográfico se presenta de acuerdo con las regiones estructuradas y homogéneas teniendo en cuenta aspectos de tipo cultural, regional y político; se presenta estratificada en región: *Atlántica; Oriental; Central; Pacífica; Bogotá, y Orinoquía – Amazonía,* Con respecto al área: *Cabecera municipal, Rural disperso, Centro poblado.*

Debido a la naturaleza de la fuente de datos de tipo secundario, no se requirió consentimiento informado. Esta base de datos fue cedida por el Ministerio de Salud y Protección Social como herramienta para desarrollar trabajos específicos de investigación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte.

**Análisis estadístico**

Para el análisis de efecto de la variable independiente sobre la dependiente, se analizan a través de la razón de prevalencia mediante la estimación de la odds ratio de prevalencia con su respectivo intervalo de confianza al 95% y su correspondiente valor de p, Se utilizó el paquete informático de SPSS versión 20. La presentación de la odds ratio muestra la disfunción por cada categoría, si es mayor la OR será mayor de 1 analizado por el límite inferior del intervalo de confianza y si se espera que sea menor, el OR obtuvo un valor menor de la unidad analizado por el límite superior del intervalo de confianza y su respectivo valor de p< 0,05. Se realiza análisis secundario involucrando al modelo ajuste por población proyectada y no respuesta en la encuesta.

**RESULTADOS**

Los resultados corresponden a 33.152 mujeres de 12 a 69 años, Se aprecia un menor porcentaje de no respondedoras, para el caso de la variable nivel de estudio fue del 32% y el medio de transporte que empleaban para su desplazamiento habitual, éste último con un 73% de no respuesta o no tabulado.

En la tabla 1, se presenta la información relacionada con la estimación de la odds ratio para las categorías comprensión y comunicación relacionada con: concentración y aprendizaje. La mayor dificultad en concentrarse se presentó en mujeres de 45 a 54 años (OR= 1,20) al igual que de 55 a 69 años (OR:1,4), pertenecientes a etnia Afrodescendiente (OR: 1,3), el hecho de no tener pareja (OR:1,1), referir una ocupación diversa no específica (OR:1,39) y predominantemente las discapacitadas (OR:6,8), se duplica en quienes no refieren estudios. A medida que disminuye la percepción de salud se incrementa la disfunción para concentrarse y se incrementa de manera exponencial a partir de la categoría de regular a muy mala. Se aprecia que quienes tienen mayor dificultad para concentrarse se desplaza a pie, en bicicleta o en otro transporte (animal); quienes refieren menor problema para concentrarse residen en la región central y oriental del país.

Con respecto a la dificultad de aprender algo nuevo en las mujeres, se observa mayor dificultad en: indígenas y Afrodescendientes (OR: 1,2 y 1,3 respectivamente), quienes no refieren tener pareja (OR:1,1), las que estudian, las que están en el hogar (OR: 1,4 y 1,5 respectivamente) y se incrementa en las discapacitadas (OR:13,6), en quienes no refieren estudios (OR:2,5), en quienes perciben disminución de su percepción de salud se triplica a medida que disminuye la dificultad, las que movilizan a pie (OR:1,4) y quienes residen en centros poblados y áreas rurales (OR:1,6 respectivamente). La menor dificultad para concentrarse está relacionada con edades por debajo de 44 años, quienes tienen formación técnica y universitaria y quienes residen en las regiones Atlántica, Oriental, Central y Orinoquía-Amazonía, (tabla 1)

Con respecto a la capacidad para moverse en el entorno se valoró el hecho de estar de pie por más de 10 minutos y realizar caminata de largas distancias. En la tabla 2, la mayor dificultad se presentó relacionada con la edad, a medida que se avanza en edad se incrementa dicha dificultad en especial en el grupo de 35-44 años al compararse con el grupo de 55 a 69 años. En Afrodescendientes (OR: 1,4), las que se dedican a tareas del hogar y otras actividades (OR:1,3 respectivamente), se incrementa en las discapacitadas (OR:7,5), quienes no tienen estudios y estudios primarios (OR:1,9 y 1,6 respectivamente). A medida que se disminuye la percepción de salud se aumenta la dificultad, las que se desplazan a pie (OR:1,3) y quienes residen en centros poblados (OR:1,1). La menor dificultad se presentó en mujeres que no viven en pareja (OR:0,63), las que estudian (OR:0,5) y quienes residen en la región Oriental (OR:0,85). (tabla 2)

Con relación a la valoración de disfunción para realizar largas caminatas a medida que se aumenta en edad se incrementa el riesgo en especial de 35 años a 44 años y se duplica de 55 a 69 años, (OR:2,09 OR: 5,11 respectivamente). Se incrementa la disfunción para caminar en indígenas y Afrodescendientes (OR: 1,1; OR:1,2 respectivamente), en quienes se ocupan en labores del hogar (OR:1,5), otras actividades (OR:1,6) y quienes refieren discapacidad (OR:9,8), quienes no refieren estudios y estudios primarios (OR:2,3 y OR:1,8 respectivamente), A medida que disminuye la percepción de salud se incrementa esta disfunción, las que se desplazan a pie (OR:1,3) y quienes viven en centros poblados (OR:1,09). La menor disfunción para caminar se presenta en quienes estudian (OR:0,55) y las que residen en la región Oriental (OR:0,83). (tabla 2)

Al estimar la relación con otras personas en los componentes de relación con desconocidos y mantener amistad, se aprecia en la tabla 3, que las mujeres que presentan mayor afectación para relacionarse con desconocidos pertenecen a etnias tipo gitana (OR:3,2), comunidad Palenquera (OR:3,8) Afrodescendientes (OR:1,3), quienes no refieren tener pareja (OR:1,4), quienes estudian (OR:1,8), se dedican a labores en el hogar (OR:1,4) o desempeñan otras actividades (OR:2,2) y las incapacitadas (OR:13,2), quienes refieren bajos niveles de escolaridad: sin estudios (OR:4,1) y estudios primarios (OR:2,1) y quienes perciben afectación de su salud. Las mujeres que refieren menos dificultades para relacionarse con desconocidos está relacionado con la edad a partir de 25 a 69 años, las que residen en las regiones: Atlántica (OR:0,75) y Oriental (OR:0,72) y las que emplean moto como medio de transporte (OR:0,6),

Con respecto a mantener una amistad, las que refieren mayor dificultad se relaciona con ser Afrodescendiente (OR:1,6), quienes no tienen pareja (OR:1,4), las que han estado buscando empleo (OR:1,4), las que estudian (OR:1,4), las que se desempeñan en otras actividades laborales (OR:2,0), quienes refieren incapacidad (OR:21,2), quienes no tienen estudios (OR:5,5) y las que refieren alteración en la percepción de salud, Las mujeres que refieren menos dificultad para mantener una amistad se relaciona con la edad de 25 a 46 años, las que residen en las regiones: Atlántica, Oriental, Central y Orinoquía –Amazonia,

Al relacionar la dificultad en actividades de la vida diaria para realizar su trabajo, estudio o otra actividad y la participación en la sociedad para participar al mismo nivel que el resto de mujeres en actividades de la comunidad tales como: ir a fiestas, reuniones o actividades religiosas se destaca que: la mayor dificultad para actividades cotidianas a medida que se avanza en edad se incrementa la dificultad desde los 25 a 69 años (p de tendencia), pertenecer a etnia Palenquera (OR:2,7), Afrodescendiente (OR:1,2), las que se desempeñan en oficios del hogar (OR:1,2), quienes desempeñan otras actividades laborales (OR: 2,1), las que presentan incapacidad (OR:23,8), quienes no refieren estudios (OR:1,8) a medida que se disminuye la percepción de salud, las que se movilizan a pie (OR:1,2) y viven en regiones rurales (OR:1,1). Las mujeres que refieren menor dificultad para realizar sus actividades diarias son aquellas que no tienen pareja (OR:0,83), las que estudian (OR:0,79), las que residen en las regiones: Atlántica (OR:0,81), Central (OR:0,8) Oriental (OR:0,73) y Pacifica (OR:0,85) (tabla 4)

Con respecto a la participación social al mismo nivel que otras mujeres, se observó mayor dificultad en todas las edades incrementándose de los 45 años en adelante, las mujeres gitanas (OR:2,9) las Palenqueras (OR:4,6), las Afrodescendientes (OR:1,4), las amas de casa (OR:1,5), las que realizan otras actividades (OR:2,0), las incapacitadas (OR:29,3), las que no tienen estudios (OR: 1,8), así mismo, se aprecia dificultad a medida que se disminuye la percepción de salud y en quienes se movilizan a pie (OR:1,3). Las mujeres con menor dificultad son las que viven sin pareja y las de la región Oriental. (tabla 4)

**4. Discusion**

El hecho de ser mujer (10-13) está estrechamente relacionado con una mayor prevalencia de discapacidad independiente del nivel económico y de desarrollo. Con respecto a la edad, se estima que al avanzar en edad se incrementa la discapacidad y a ello se le agrega en nuestro contexto la influencia de las enfermedades crónicas tipo degenerativas y las cardiovasculares. En este estudio, a pesar de no incluir personas por encima de los 70 años, el efecto de la disfunción se observa a partir de los 45 años en adelante lo que impacta de manera negativa a mujeres con bajos niveles de escolaridad, afrodescendientes e incapacitadas. Por lo tanto es prioritario orientar las políticas y programas con enfoque de derechos para reducir la brecha de inequidad.

La estimación de la percepción de salud en estudios epidemiológicos, permiten interpretar que la percepción negativa de salud está estrechamente relacionada con elementos de tipo sociológicos, geográfico-ambientales y educacionales los cuales se consideran como resultantes de las inequidad en salud; y del reconocimiento de las barreras socioculturales derivadas del capital social; de otro lado los estudios muestran como indicador de impacto en salud la relación entre la mortalidad y la pobre percepción de salud: este efecto negativo estimado en las mujeres colombianas, en donde a medida que la percepción de salud se disminuye repercute en el aumento de la discapacidad para cada una de las conductas y comportamientos evaluados tales como: concentrarse, mantener amistad, participación social, movilidad y actividades de la vida diaria. Cabe señalar que quienes se auto-reconocen en la categoría de Afrodescendientes presentan afectación diferencial comparada con los otros grupos étnicos estudiados. Otro determinante de inequidad en educación y que repercute en oportunidad para el trabajo y el desarrollo individual, es la discapacidad o desventaja para aprender algo nuevo en la población indígena y afrodescendiente; esta situación plantea retos para la equidad e igualdad de oportunidades. (14-16)

El efecto del desarrollo y de políticas para la protección de los individuos en países de alta renta en Europa (17-19), sostienen que la mejora en procedimientos médicos y tratamientos farmacológicos para enfermedades crónicas, acompañado con la inversión en educación retrasa la aparición de la discapacidad. Por ello, al mejorar las condiciones socioeconómicas de personas pobres se esperaría reducir en un 48% la discapacidad (11-10)

La revisión de la literatura estima que un determinante singular y adicional que permite predecir percepción negativa de salud, es el papel de la edad. Es decir existe evidencia que a medida que aumenta la edad, se disminuye la percepción positiva de salud, en especial a partir de los 37 años, afectándose más el grupo femenino cuando se comparó con los varones (20-22). Si bien, nuestro estudio se enfatiza en las mujeres se observa que a medida que se reduce la percepción de salud se incrementa la discapacidad para las categorías estudiadas en este trabajo.

En conclusión este estudio identifica factores individuales y geográficos en la prevalencia de disfuncionabilidad en las mujeres; a pesar de las limitaciones por el tipo de estudio, las prevalencias estimadas por la probabilidad de riesgo son importantes para orientar los compromisos frente a la discapacidad, enfatizar el enfoque de derechos de las discapacitadas por regiones y reducir barreras para el acceso a la educación, el trabajo, la vulnerabilidad por ser mujer.

La data analizada es representativa de la población colombiana entre los 12 a los 59 años, de otra parte la submuestra de mujeres dado su tamaño permite un análisis ajustando por variables de confusión, de hecho los análisis preliminares mostraron una diferencia entre mujeres y hombres lo que facilitó este trabajo bajo la visión de género no realizado en el país.

**5. Conclusión**

Con respecto al nivel de estudio y la disfuncionalidad o pobre capacidad para interactuar y desenvolverse en la vida cotidiana se aprecia en las mujeres una tendencia inversa a menor nivel de estudios mayor discapacidad. El efecto de la discapacidad en general limita el acceso y la oportunidad de estudiar y trabajar. Los resultados muestran una brecha educacional en el país para las mujeres en especial afrodescendientes. Sin embargo al realizar ajuste poblacional las indígenas y palenqueras refieren mayor disfuncionalidad. Esto demuestra que quienes presentan discapacidad tienen menos oportunidades, menor acceso a la educación y a continuar estudiando, menor oportunidad de trabajar e independencia. La percepción negativa de salud se asocia a mayor disfuncionalidad probablemente influido por determinantes socio demográficos: edad, área de residencia, etnia, empleo y educación.

A partir de los hallazgos se recomendaría:

Posibilitar de ajustar planes, políticas y programas regionales con énfasis en población vulnerable.

Oferta educativa y acceso a la educación básica y especializada y enfoque de atención diferencial en municipios menos desarrollados y en áreas rurales.

Construir y consolidar los planes de ordenamiento territorial (POT) en los municipios, incluyentes y con visión de reducción de barreras geográficas

Fortalecimiento y empoderamiento de la mujer hacia la defensa de los derechos de los discapacitados en especial mujeres y personas mayores

**AGRADECIMIENTOS**

Los autores agradecen al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, por facilitar las bases de datos para desarrollar este estudio

Tabla 1. Disfunción para mantener concentración y aprender algo nuevo en mujeres colombianas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Características y Participantes | Mantenerse concentrado haciendo algo 10 minutos o más | Aprender algo nuevo |
| OR | IC al 95% | p | OR | IC al 95% | p |
| Grupo de edad: (33152)12-17 años (ref)18-24 años25-34 años35-44 años45-54 años55-69 años | 10,950,941,001,201,45 | 0,86-1,050,86-1,030,91-1,101,09-1,321,32-1,59 | 0,350,220,910,000,00 | 10,740,680,781,011,58 | 0,66-0,840,61-0,760,69-0,860,90-1,131,43-1,75 | 0,000,000,000,840,00 |
| Pertenencia étnica: (33152)IndígenaGitanoRaizal del ArchipiélagoPalenqueroAfro descendienteNinguno (ref) | 1,001,480,791,441,281 | 0,90-1,120,64-3,420,53-1,170,58-3,551,17-1,41 | 0,900,350,290,470,00 | 1,180,820,741,731,321 | 1,04-1,330,25-2,710,46-1,190,66-4,571,19-1,47 | 0,00§0,750,220,260,00 |
| Vive en pareja: (33152) No | 1,11 | 1,04-1,17 | 0,00\* | 1,14 | 1,07-1,23 | 0,00 |
| Ocupación: (33152)Trabaja (ref)Busca empleoEstudiaOficios del hogarOtra actividadIncapacitado | 10,931,061,081,396,80 | 0,70-1,250,98-1,151,01-1,161,14-1,705,38-8,60 | 0,660,130,020,00\*0,00 | 11,281,431,502,1613,63 | 0,86-1,711,32-1,581,37-1,641,73-2,6810,7-17,3 | 0,250,000,000,000,00 |
| Nivel educativo: (22507)Sin estudiosPrimariaSecundariaTécnicoUniversidadPosgraduado (ref) | 2,021,391,100,940,921 | 1,38-2,960,96-2,020,76-1,590,63-1,400,62-1,37 | 0,000,070,600,760,70 | 2,501,400,800,500,54 | 1,64-3,810,93-2,110,53-1,120,32-0,800,34-0,86 | 0,000,100,300,00§0,00§ |
| Percepción de salud: (33152)Muy buena (ref)BuenaRegularMalaMuy mala | 11,754,377,6911,64 | 1,53-2,003,83-4,996,40-9,227,79-17,39 | 0,000,000,000,00 | 11,783,616,159,26 | 1,53-2,083,10-4,215,01-7,556,04-14,19 | 0,000,000,000,00 |
| Medio de transporte: (8934)Bus (ref)A PieTransporte masivoParticularMotoBicicletaOtro transporte | 11,311,080,861,041,661,81 | 1,14-1,510,59-1,980,63-1,170,84-1,281,19-2,321,06-3,10 | 0,000,780,350,700,00§0,03 | 11,411,351,040,941,200,96 | 1,18-1,690,66-2,740,71-1,510,71-1,240,75-1,920,41-2,24 | 0,000,400,820,680,420,92 |
| Área: (33152)Cabecera (ref)Centro pobladoRural | 10,980,96 | 0,89-1,070,86-1,06 | 0,710,45 | 11,161,16 | 1,05-1,291,03-1,29 | 0,00§0,00§ |
| Región: (33152)Bogotá (ref)AtlánticaOrientalCentralPacíficaOrinoquía y Amazonia | 10,970,860,851,020,89 | 0,86-1,090,75-0,980,75-0,960,90-1,160,78-1,02 | 0,660,020,010,700,11 | 10,770,750,720,930,67 | 0,65-0,870,65-0,860,63-0,820,81-1,070,57-0,77 | 0,000,000,000,330,00 |

(§) valor p < 0,009-0,002; (\*) valor p= 0,001

Tabla 2. Dificultad para estar de pie y caminar largas distancias en mujeres colombianas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Características y Participantes | Estar de pie | Caminar largas distancias |
| OR | IC al 95% | p | OR | IC al 95% | p |
| Grupo de edad: (33152)12-17 años (ref)18-24 años25-34 años35-44 años45-54 años55-69 años | 11,681,852,303,144,87 | 1,51-1,861,69-2,032,10-2,522,86-3,454,45-5,33 | 0,000,000,000,000,00 | 11,531,672,092,845,11 | 1,38-1,711,51-1,831,90-2,302,58-3,134,67-5,60 | 0,000,000,000,000,00 |
| Pertenencia étnica: (33152)IndígenaGitanoRaizal del ArchipiélagoPalenqueroAfro descendienteNinguno (ref) | 1,071,190,911,421,241 | 0,96-1,180,51-2,760,64-1,280,60-3,351,14-1,35 | 0,170,670,590,410,00 | 1,120,840,891,831,221 | 1,01-1,240,32-2,200,62-1,280,80-4,161,11-1,33 | 0,020,730,550,140,00 |
| Vive en pareja: (33152) No | 0,63 | 0,59-0,66 | 0,00 | 0,64 | 0,61-0,68 | 0,00 |
| Ocupación: (33152)Trabaja (ref)Busca empleoEstudiaOficios del hogarOtra actividadIncapacitado | 10,920,501,341,397,56 | 0,70-1,200,46-0,551,26-1,431,16-1,685,93-9,62 | 0,540,000,000,000,00 | 10,990,591,501,619,85 | 0,75-1,300,54-0,651,40-1,611,33-1,947,66-12,65 | 0,000,000,000,000,00 |
| Nivel educativo: (22507)Sin estudiosPrimariaSecundariaTécnicoUniversidadPosgraduado (ref) | 1,971,611,010,940,881 | 1,41-2,751,17-2,220,73-1,400,67-1,330,63-1,25 | 0,000,00§0,920,750,50 | 2,351,811,020,940,841 | 1,65-3,431,29-2,540,73-1,440,65-1,350,58-1,21 | 0,000,00\*0,870,730,36 |
| Percepción de salud: (33152)Muy buena (ref)BuenaRegularMalaMuy mala | 11,986,2613,3117,36 | 1,73-2,265,49-7,1511,13-15,9111,59-26,00 | 0,000,000,000,00 | 11,986,2613,3111,59 | 1,73-2,265,49-7,1511,13-15,9111,59-26,00 | 0,000,000,000,00 |
| Medio de transporte: (8934)Bus (ref)A PieTransporte masivoParticularMotoBicicletaOtro transporte | 11,381,041,041,130,961,58 | 1,21-1,580,59-1,840,79-1,370,93-1,370,67-1,390,93-1,37 | 0,000,870,740,200,850,08 | 11,380,941,050,981,251,63 | 1,20-1,580,50-1,750,79-1,400,79-1,210,87-1,760,94-2,83 | 0,000,860,700,870,210,07 |
| Área: (33152)Cabecera (ref)Centro pobladoRural | 11,150,97 | 1,06-1,250,88-1,08 | 0,00\*0,54 | 11,091,09 | 1,00-1,180,99-1,20 | 0,040,06 |
| Región: (33152)Bogotá (ref)AtlánticaOrientalCentralPacíficaOrinoquía y Amazonia | 11,070,850,941,060,90 | 0,96-1,200,75-0,960,84-1,050,94-1,190,80-1,02 | 0,180,010,320,330,13 | 11,040,830,921,060,87 | 0,93-1,170,73-0,950,82-1,200,94-1,200,76-0,99 | 0,440,00§0,190,290,03 |

(§) valor p < 0,009-0,002; (\*) valor p= 0,001

Tabla 3. Relacionarse con personas que no conoce y Mantener una amistad,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Características y Participantes | Relacionarse con desconocidos | Mantener amistad |
| OR | IC al 95% | p | OR | IC al 95% | p |
| Grupo de edad: (33152)12-17 años (ref)18-24 años25-34 años35-44 años45-54 años55-69 años | 10,920,610,540,670,76 | 0,81-1,050,53-0,690,47-0,630,58-0,780,66-0,87 | 0,260,000,000,000,00 | 10,900,800,650,910,86 | 0,75-1,080,68-0,940,54-0,780,77-1,090,71-1,03 | 0,270,00§0,000,340,10 |
| Pertenencia étnica: (33152)IndígenaGitanoRaizal del ArchipiélagoPalenqueroAfro descendienteNinguno (ref) | 1,153,241,163,831,341 | 0,99-1,351,33-7,890,70-1,911,55-9,461,18-1,53 | 0,060,00§0,540,00§0,00 | 1,100,791,162,971,671 | 0,90-1,350,10-5,850,61-2,200,89-9,851,43-1,95 | 0,330,820,630,070,00 |
| Vive en pareja: (33152) No | 1,46 | 1,33-1,60 | 0,00 | 1,40 | 1,24-1,57 | 0,00 |
| Ocupación: (33152)Trabaja (ref)Busca empleoEstudiaOficios del hogarOtra actividadIncapacitado | 11,461,821,462,2813,21 | 0,97-2,211,61-2,061,30-1,641,73-2,9910,23-17,06 | 0,060,000,000,000,00 | 10,971,471,412,0921,21 | 0,52-1,791,25-1,721,21-1,631,48-2,9616,32-27,58 | 0,930,000,000,000,00 |
| Nivel educativo: (22430)Sin estudiosPrimariaSecundariaTécnicoUniversidadPosgraduado (ref) | 4,162,181,761,650,851 | 2,02-8,541,07-4,440,87-3,590,78-3,460,39-1,83 | 0,000,030,110,180,68 | 5,582,251,631,340,921 | 2,27-13,720,92-5,480,66-3,990,52-3,420,35-2,41 | 0,000,070,280,540,87 |
| Percepción de salud: (33059)Muy buena (ref)BuenaRegularMalaMuy mala | 11,482,463,707,91 | 1,24-1,762,06-2,942,88-4,754,93-12,69 | 0,000,000,000,00 | 11,402,514,8210,32 | 1,12-1,762,00-3,163,58-6,496,12-17,39 | 0,00§0,000,000,00 |
| Medio de transporte: (8905)Bus (ref)A PieTransporte masivoParticularMotoBicicletaOtro transporte | 11,160,431,000,671,431,50 | 0,93-1,450,10-1,790,63-1,590,46-0,970,84-2,430,64-3,52 | 0,170,250,970,030,170,35 | 11,110,330,740,681,560,75 | 0,84-1,470,04-2,460,39-1,410,42-1,080,83-2,910,18-3,13 | 0,440,280,360,100,160,69 |
| Área: (33152)Cabecera (ref)Centro pobladoRural | 11,070,99 | 0,94-1,220,86-1-15 | 0,260,97 | 11,041,01 | 0,89-1,230,84-1,22 | 0,570,85 |
| Región: (33152)Bogotá (ref)AtlánticaOrientalCentralPacíficaOrinoquía y Amazonia | 10,750,720,981,150,94 | 0,63-0,900,59-0,870,82-1,160,97-1,380,78-1,13 | 0,00§0,00\*0,820,100,54 | 10,640,700,791,140,78 | 0,52-0,800,56-0,890,64-0,970,92-1,420,62-0,99 | 0,000,00§0,020,200,04 |

(§) valor p < 0,009-0,002; (\*) valor p= 0,001

Tabla 4. Actividades de la vida diaria relacionada con trabajo estudio y Participación en actividades en la comunidad (fiesta, reuniones o actividades religiosas).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Características y Participantes | Actividad diaria | Participación en comunidad |
| OR | IC al 95% | p | OR | IC al 95% | p |
| Grupo de edad: (33152)12-17 años (ref)18-24 años25-34 años35-44 años45-54 años55-69 años | 11,021,291,481,892,69 | 0,89-1,171,15-1,441,33-1,661,69-2,122,42-3,00 | 0,710,000,000,000,00 | 11,231,231,181,742,33 | 1,03-1,471,05-1,451,00-1,401,48-2,052,00-2,72 | 0,020,010,040,000,00 |
| Pertenencia étnica: (33152)IndígenaGitanoRaizal del ArchipiélagoPalenqueroAfro descendienteNinguno (ref) | 0,980,541,172,721,211 | 0,86-1,120,13-2,280,79-1,751,15-6,411,09-1,34 | 0,780,400,410,020,00 | 1,072,951,184,621,481 | 0,88-1,291,02-8,510,67-2,081,73-12,331,27-1,71 | 0,460,040,550,00§0,00 |
| Vive en pareja: (33152) No | 0,83 | 0,78-0,89 | 0,00 | 0,89 | 0,81-0,99 | 0,03 |
| Ocupación: (33152)Trabaja (ref)Busca empleoEstudiaOficios del hogarOtra actividadIncapacitado | 10,800,791,272,1623,81 | 0,55-1,160,71-0,881,17-1,391,76-2,6618,32-30,95 | 0,250,000,000,000,00 | 11,150,951,532,0129,37 | 0,69-1,890,82-1,121,35-1,751,46-2,7721,74-39,67 | 0,580,590,000,000,00 |
| Nivel educativo: (22430)Sin estudiosPrimariaSecundariaTécnicoUniversidadPosgraduado (ref) | 1,841,380,860,710,741 | 1,22-2,780,92-2,050,58-1,290,46-1,090,48-1,15 | 0,00§0,110,480,120,18 | 1,811,180,800,800,72 | 1,02-3,190,68-2,050,46-1,380,44-1,450,39-1,31 | 0,040,540,430,470,28 |
| Percepción de salud: (33059)Muy buena (ref)BuenaRegularMalaMuy mala | 11,645,0712,7814,11 | 1,39-1,944,29-5,9810,40-15,719,26-21,51 | 0,000,000,000,00 | 11,402,514,8210,32 | 1,12-1,762,00-3,163,58-6,496,12-17,39 | 0,00§0,000,000,00 |
| Medio de transporte: (8905)Bus (ref)A PieTransporte masivoParticularMotoBicicletaOtro transporte | 11,271,190,861,031,121,84 | 1,07-1,510,59-2,420,59-1,260,79-1,330,71-1,760,98-3,47 | 0,00§0,610,460,800,620,56 | 11,30\_\_\_1,240,961,361,01 | 1,00-1,690,75-2,050,64-1,420,71-2,610,31-3,29 | 0,040,390,830,340,97 |
| Área: (33152)Cabecera (ref)Centro pobladoRural | 10,961,14 | 0,86-1,071,01-1,28 | 0,530,02 | 11,091,11 | 0,93-1,270,92-1,31 | 0,260,20 |
| Región: (33152)Bogotá (ref)AtlánticaOrientalCentralPacíficaOrinoquía y Amazonia | 10,810,730,800,851,03 | 0,71-0,930,63-0,850,70-0,920,73-0,980,89-1,19 | 0,00§0,000,00§0,030,66 | 10,910,781,111,170,81 | 0,74-1,120,62-0,980,90-1,360,94-1,450,64-1,03 | 0,420,030,310,130,08 |

(§) valor p < 0,009-0,002; (\*) valor p= 0,001

**BIBLIOGRAFIA**

[1] Chaná, P,, Alburquerque, D,, (2006), La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) y la práctica neurológica, Rev Chil Neuro-Psiquiat, **44**, 89-97, doi: 10,4067/S0717-92272006000200002,

[2] Faulks, D,, Norderyd, J,, Molina, G,, Macgiolla Phadraig C,, Scagnet,G,, et al, (2013), Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to Describe Children Referred to Special Care or Paediatric Dental Services, PloS ONE, **8**, e61993, doi:10,1371/journal,pone,0061993,

[3] Wade, D,T,, Halligan, P,,(2003), New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behavior,Clinical Rehabilitation,**17**: 349–354, doi: 10,1191/0269215503cr619ed

[4] Wade, D,T (2006), Why physical medicine, physical disability and physical rehabilitation? We should abandon Cartesian dualism, Clinical Rehabilitation, **20**: 185-190, doi: 10,1191/0269215506cr952ed

[5] Jiménez Buñuales, M, T,, González, D, P,, y Martín Moreno, J, M,, (2001), La Clasificación Internacional Del Funcionamiento De La Discapacidad Y De La Salud (Cif) 2001, Rev Esp Salud Pública **76**: 271-279, doi,org/10,1590/S1135-57272002000400002,

[6] Zunzunegui, MV,, (2011),Evolución de la discapacidad y la dependencia, Una mirada internacional, Gac Sanit,**25**(S):12-20, doi:10,1016/j,gaceta,2011,07,026

[7] Hernández-Jaramillo, J,, and Hernández-Umaña, I,,( 2005), Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia*,* Bogotá: Rev, de Salud Pública; **7** : 130-144, doi,org/10,1590/S0124-00642005000200002,

[8] Garin, O,, Ayuso-Mateo, J,L,, Almasa, J,, Nieto M,, Chatterji, S,, Vilagut ,G,, et al,( 2010),Validation of the “World Health Organization Dissability Assessment Schedule, WhoDas2” in patients with chronic diseases, Health and Quality of Life Outcomes; **8**:51, : doi: 10,1186/1477-7525-8-51

 [9] Organización Mundial de la Salud- Banco Mundial. Informe Mundial sobre la discapacidad 2011. Ginebra 2011.

[10] Gobierno de Chile- Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS). (2004)Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. ENDISC-CIF. Chile. Disponible en: <http://www.senadis.gob.cl/centro/estudios_endisc2004.php>

[11] Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. Panorama de la discapacidad en España. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>

#### [13] Alazraqui M, Roux AVD, Fleischer N, Spinelli H. (2009) Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. Cad. Saúde Pública. 25(9):1990-2000. doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900013

[14] Bombak A., Bruce S.G. Self-rated health and ethnicity:focus on indigenous populations. Int J Circumpolar Health 2012, 71: 18538. http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v71i0.18538

[15] Stephens C. Social capital in its place: using social theory to understand social capital and inequalities in health. Soc Sci Med. 2008;66(5):1174–84. doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.026

[16] Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S.(2009) Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis. Soc Sci Med.;69(4):500–5. doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.046

#### [17] Alazraqui M, Roux AVD, Fleischer N, Spinelli H. (2009) Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. Cad. Saúde Pública 25(9):1990-2000. doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900013

 [18] Gonzáles J, Sarmiento A, Alonso C, Angulo R, Espinoza F. (2005) Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: análisis para el caso de Bogotá.Rev.geren.politicas.salud.4(9):120-140 [Internet]. 2005 [citado 2010 nov 12]. disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=441930&indexSearch=ID>

[19] Benyamini Y, Idler EL, Leventhal H, Leventhal EA. (2000) Positive Affect and Function as Influences on Self-Assessments of Health Expanding Our View Beyond Illness and Disability. J Gerontol B 3;55(2):P107–P116. doi: 10.1093/geronb/55.2.P107

[20] Lacruz MG, Lacruz AIG. (2007) Percepción de la salud según sexo y edad. Revista de Ciencias Sociales (Cr). 2007;(117-118):183–95. En: <http://163.178.170.74/wp-content/revistas/117-118/gil.pdf>

[21] Yamaoka K. (2008). Social capital and health and well-being in East Asia: a population-based study. Soc Sci Med.66(4):885–99. doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.024

[22] Mansyur C, Amick BC, Harrist RB, Franzini L.(2008) Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. Soc Sci Med.;66(1):43–56. doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.015