

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DE LA DISCAPACIDAD EN PERSONA CON DISCAPACIDAD DE LA REGIÓN CARIBE COLOMBIANA

Social Determinants of Health Predictors of Disability in People with Disabilities in the Colombian Caribe Region

Consuelo VÉLEZ ÁLVAREZ¹

Universidad Autónoma de Manizales. Colombia

cva@autonoma.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-7274-7304>

José Armando VIDARTE CLAROS

Universidad Autónoma de Manizales. Colombia

jovida@autonoma.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-7982-3848>

José Hernán PARRA SÁNCHEZ

Universidad Nacional de Colombia. Colombia

jhparrasa@unal.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-0070-2718>

Recepción: 11 de febrero de 2024

Aceptación: 16 de enero de 2025

RESUMEN: La discapacidad, analizada desde una perspectiva multidimensional y considerando los dominios que permiten su clasificación, sugiere una interacción con los determinantes sociales de la salud. El objetivo fue establecer los determinantes sociales de la salud que predicen el grado de discapacidad en mayores de 18 años

¹ Autora de correspondencia.

con discapacidad en la región Caribe colombiana. Estudio descriptivo correlacional con enfoque multivariado, participaron 1.080 personas, edad media de 56.25 ± 19.84 años. Evaluados a partir de los determinantes sociales de la salud y la escala WHO DAS 2.0. Se encontró que el 3.2 % no presentaban ningún grado de discapacidad, una de cada tres tenía discapacidad leve y aproximadamente seis de cada diez tenían discapacidad entre moderada y extrema. Determinantes sociales de la salud, como la edad, años sin rehabilitación, nivel de ingresos y nivel educativo, fueron predictores del grado de discapacidad. Se concluye que estos determinantes sociales influyen en el grado de discapacidad, lo que subraya la necesidad de implementar políticas públicas que aborden estos factores. Se recomienda el desarrollo de programas de inclusión educativa y laboral y el fortalecimiento de servicios de rehabilitación. Nuevos desafíos para tomadores de decisiones, diseño de estrategias que promuevan equidad para el bienestar de las personas con discapacidad.

PALABRAS CLAVE: Determinantes sociales de la salud; evaluación de la discapacidad; predicción; condiciones sociales.

ABSTRACT: Disability, analyzed from a multidimensional perspective and considering the domains that allow its classification, suggests an interaction with the Social Determinants of Health. The objective was to establish the Social Determinants of Health that predict the degree of disability in people over 18 years of age with disabilities in the Colombian Caribbean region. A descriptive correlational study with multivariate approach, 1,080 persons participated, mean age 56.25 ± 19.84 years. Evaluated on the basis of the Social Determinants of Health and the WHO DAS 2.0 scale. It was found that 3.2% had no degree of disability, one in three had mild disability, and approximately six out of ten had moderate to extreme disability. Social determinants of health, such as age, years without rehabilitation, income level and educational level, were predictors of the degree of disability. It is concluded that these social determinants influence the degree of disability, underscoring the need to implement public policies that address these factors. The development of educational and labor inclusion programs and the strengthening of rehabilitation services are recommended. New challenges for decision makers, design of strategies that promote equity for the well-being of people with disabilities.

KEYWORDS: Social determinants of health; disability evaluation; forecasting; social conditions.

1. Introducción

En la perspectiva ecosistémica de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la discapacidad es comprendida como la interacción entre la persona con una condición de salud y sus factores contextuales, término genérico que incluye deficiencias en las funciones o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (Comín Comín *et al.*, 2011). Lo anterior, enmarcado desde el modelo biopsicosocial, donde a partir de este es posible establecer el perfil de funcionamiento y discapacidad de la persona.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea como a finales del siglo XX más de 50 millones de personas con discapacidad viven en Latinoamérica y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud, 2017), región donde la incidencia y las consecuencias de la discapacidad se encuentran estrechamente relacionadas con factores sociales y se presentan con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos y bajo nivel educativo al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Según Marmot y Bell (2012), en una misma ciudad, la población está expuesta a diversas situaciones entre las cuales se encuentran las inequidades sociales, que son generadoras de contrastes como vida o muerte, salud o enfermedad y riqueza o pobreza entre otras, con sus respectivas consecuencias, y que se convierten en influencias negativas en el desarrollo humano (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (Organización Mundial de la Salud, 2009; Organización Panamericana de la Salud, 2017), aspectos que por la situación de pandemia que hoy vive el mundo se han incrementado y donde países como el nuestro buscan herramientas y estrategias para mitigar dichas desigualdades, donde cada día se busca mejorar las condiciones de vida, la lucha contra la distribución desigual del poder y la evaluación y el seguimiento de las intervenciones que realizan los entes gubernamentales en pro de avanzar en disminuir dicha problemática, más aun que se incrementa con la situación de pandemia por COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud, 2017; World Health Organization, 2024).

Los aspectos sociales, económicos y culturales de la discapacidad no se enmarcan solamente en el individuo que la presenta, sino también en su contexto (Bacca *et al.*, 2020), y en este sentido los DSS juegan un papel importante ya que estos de una u otra forma se convierten en los limitantes de la situación de estas personas (malas condiciones de vida, dificultades en el acceso a los servicios de salud, bajo nivel educativo y limitadas posibilidades de empleo que agravan de manera sustancial la evolución del problema) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Por tanto, es necesario tener un mayor conocimiento sobre el análisis de las inequidades en salud y en este sentido establecer las relaciones posibles con el grado de discapacidad, donde se puedan tener mayor caridad y objetividad frente a dichas relaciones. Para ello se utilizó el Cuestionario para la evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO DAS 2.0), el cual es un instrumento de evaluación genérico que permite brindar un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad entre las culturas (Servicio de Información sobre Discapacidad, 2006).

Dados los planteamientos anteriores, el objetivo de este trabajo es establecer los DSS predictores del grado de discapacidad en personas con discapacidad mayores de 18 años de la región Caribe colombiana.

2. Material y métodos

Tipo de estudio: desde el enfoque empírico analítico, se realizó una investigación descriptiva transversal, con análisis correlacional y multivariado (Hernández Sampieri *et al.*, 2014).

Participantes: la población estuvo constituida por el total de personas con discapacidad mayores de 18 años de las ciudades de Barranquilla, Valledupar, Ciénaga, Corozal y Soledad de la región Caribe colombiana.

Cálculo de la muestra: la muestra fue calculada a partir del test bilateral para estimar correlaciones lineales, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95 %, un poder estadístico del 80 % y una correlación esperada de 0.30 (Mukaka, 2012); la muestra estimada fue de 194 personas, se asumió como porcentaje de pérdida un 10 %, el total de la muestra fue de 216 personas por ciudad, participaron en total de 1.080 personas.

Tipo de muestreo: probabilístico; a partir de las bases de datos establecidas en instituciones de salud, centros de rehabilitación, fundaciones de las diferentes ciudades, se seleccionaron los participantes de manera aleatoria.

Criterios de inclusión: ser mayores de 18 años, sin limitación permanente para la realización de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento, pudiendo responder a los cuestionarios aplicados, haber transcurrido más de 6 meses con limitación permanente de las actividades, acceder voluntariamente a participar en el estudio y diligenciar el consentimiento informado por parte de la persona y su representante legal o cuidador.

2.1. Instrumento y procedimiento

Como instrumentos para el proceso de recolección de información se utilizaron la encuesta para obtener información de los determinantes sociales de la salud, la cual fue elaborada por los investigadores, y el WHO DAS 2.0, para evaluar el grado de discapacidad según los diferentes dominios de 36 ítems, el cual es conceptualmente compatible con el modelo de la CIF (Servicio de Información sobre Discapacidad, 2006).

El procedimiento incluyó:

- Contacto con la Secretaría de Salud y entidades que trabajan con discapacidad con el fin de obtener datos de esta población en cada una de las ciudades participantes.
- Realización de pruebas piloto para la calibración de evaluadores e instrumentos.
- Ajuste del instrumento de recolección de información de acuerdo con la prueba piloto.
- Reclutamiento de los participantes del estudio según la muestra calculada.
- Aceptación y firma del consentimiento informado.
- Realización de la encuesta presencial a la muestra para evaluar los DSS.
- Aplicación del WHODAS 2.0 por parte de los investigadores de forma auto-diligenciada.

2.2. *Análisis de datos*

El análisis estadístico se realizó en el programa Statistical Package for the Social Science SPSS versión 26 (licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales). Se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad o dispersión para variables cuantitativas incluidas en el estudio, lo cual permitió el análisis descriptivo univariado. Se realizó la prueba de normalidad, encontrándose que ninguna variable resultó tener una distribución normal, por tanto, se realizaron correlaciones con el coeficiente de Spearman y para las variables cualitativas se realizaron las asociaciones a partir de tablas de contingencia usando la prueba no paramétrica de Chi cuadrado.

Se consideró la significancia estadística cuando el p Valor fue ≤ 0.05 . Además, se tuvo en cuenta lo establecido por Mukaka (2012), donde un coeficiente de correlación mayor de 0.30 se consideró una correlación ideal. Para el análisis multivariado se procedió a construir un modelo de regresión ordinal; este se utiliza cuando la variable dependiente es categórica y medida en una escala ordinal, teniendo presente que se cumplieran supuestos como normalidad en residuales o errores, homocedasticidad y ausencia de colinealidad entre las variables independientes.

2.3. *Aspectos éticos*

La investigación cumplió con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, no se realizaron procedimientos que atentarán contra la integridad física y moral de las personas. De acuerdo con la Resolución 8430, artículo 11 (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993), el presente estudio se consideró como “investigación con riesgo mínimo”. El proyecto fue presentado ante el comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales y aprobado.

3. Resultados

Participaron en el estudio 1.080 personas con un promedio de edad de 56.25 años, desviación típica 19.84 años. Como determinantes sociales de la salud se destaca que el 51.4 % son de sexo femenino, de etnia mestiza, el 39 % viven en pareja o son casados, el 87 % viven en el área urbana, tienen nivel educativo de secundaria incompleta, se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social de salud el 97 %, en mayor porcentaje pertenecen al régimen subsidiado en salud, no reciben pensión por discapacidad, con un ingreso mensual promedio a la mitad de un salario mínimo mensual legal vigente (SMLMV \$828.211), en promedio llevan trabajando 35 años, laboran 40 horas semanales, viven en compañía promedio con 5 personas, utilizan órtesis y prótesis siendo el bastón, el caminador y las muletas las de mayor uso, no reciben servicios de rehabilitación por falta de dinero; el apoyo familiar y Dios son los factores a los que les atribuyen su rehabilitación.

En cuanto a la discapacidad, se reportó que el 3.2 % de las personas no presentaban ningún grado de discapacidad, una de cada tres tenía una discapacidad leve

y aproximadamente seis de cada diez presentaban discapacidad entre moderada y extrema.

En las Figuras 1 y 2 se evidencia como a medida que aumenta la edad aumenta el grado de discapacidad; se observa que hay diferencias significativas en la media de las edades.

FIGURA 1. Grado de discapacidad según edad

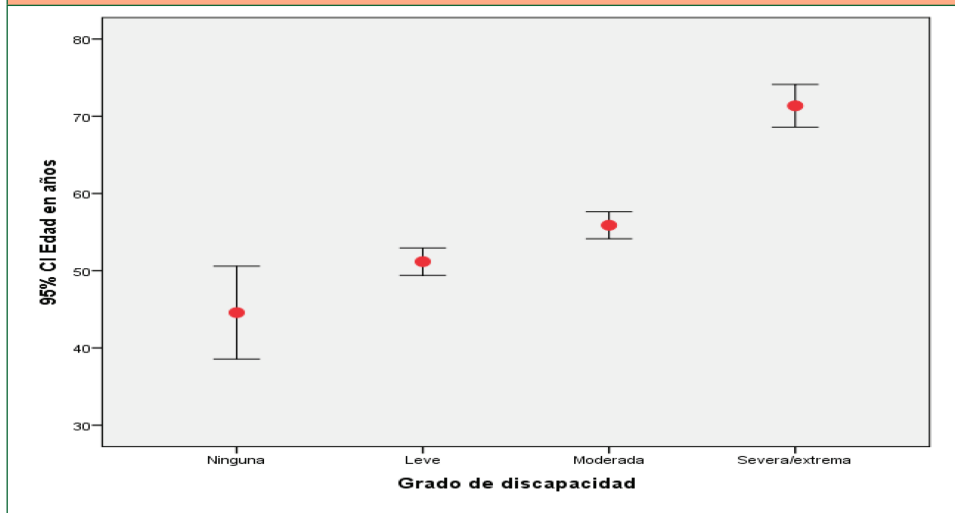
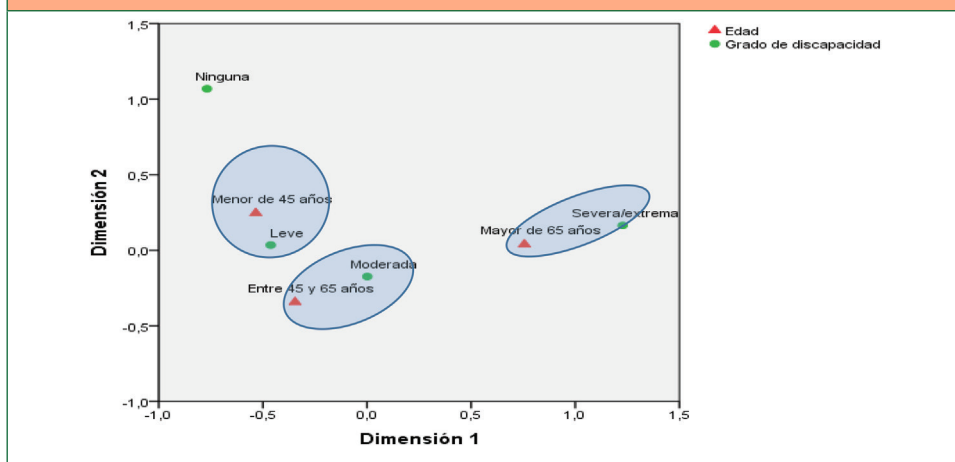


FIGURA 2. Mapa perceptual entre la edad y el grado de discapacidad



La Tabla 1, muestra como al relacionar el grado de discapacidad con el sexo de los participantes en el estudio se evidencia que los grados leves y moderados se presentan en mayor porcentaje en los diferentes dominios; existe una relación estadísticamente significativa entre la distribución por grado de discapacidad en las diferentes dimensiones del WHODAS 2.0 según el sexo ($p = 0.000, 0.001$ respectivamente).

Los hallazgos sugieren una correlación ideal y estadísticamente significativa $p < 0.05$ entre la edad y los dominios 2 y grado de discapacidad; el ingreso mensual y el dominio 4; las horas de trabajo al mes y los dominios 4 y 6; los años sin rehabilitación y los dominios 5 y el grado de discapacidad (Tabla 2).

Se encontró asociación entre el grado de discapacidad y los determinantes estado civil, estrato social, nivel educativo, etnia y uso de órtesis y prótesis (ver Tabla 3).

Con relación al nivel educativo se puede observar cómo personas con nivel de formación técnica o universitaria mostraron un grado de discapacidad leve o ninguna discapacidad, en contraste con las personas con niveles de formación baja que presentan un grado de discapacidad entre severa o extrema (Figura 3).

Los hallazgos presentados en la Figura 4 dan cuenta de la asociación entre el grado de discapacidad y el nivel de ingresos; se observa que a más ingresos menos probabilidad de alto grado de discapacidad. En el mapa es posible analizar como personas sin ingresos tienen más discapacidad severa o extrema (Figura 4).

En cuanto al análisis multivariado se llevó a cabo una regresión logística ordinal aplicada a la identificación de los factores predictivos de la discapacidad. Esta regresión ordinal permite dar forma a la dependencia de una respuesta ordinal politómica, en este caso, el grado de discapacidad sobre un conjunto de predictores, que pueden ser variables categóricas en escala nominal u ordinal o covariables variables numéricas o cuantitativas.

Se realizó inicialmente una exploración estadística de las posibles asociaciones de la discapacidad con variables predictoras, como se muestra en la Tabla 4, encontrándose que las variables edad, años sin rehabilitación con cuatro categorías (0 = en rehabilitación, 1 = entre 1 y 10 años, 2 = entre 11 y 60 años, 3 = más de 60 años), nivel de ingresos con tres categorías (0 = sin ingresos, 1 = menos de un salario mínimo, 2 = un salario mínimo o más), nivel educativo con cuatro categorías (0 = ninguno, 1 = primaria, 2 = secundaria, 3 = técnico o universitario) se pueden considerar como predictoras del grado de discapacidad, ya que todos los coeficientes son significativos como lo sugiere el test de Wald, indicando relación entre estas variables predictoras y el grado de discapacidad.

El modelo general tiene buen ajuste, según la razón de verosimilitud ($X^2 = 2019.09, p = 0.000$). Todos los coeficientes del modelo fueron significativamente diferentes de cero. Según los resultados, al aumentar la edad de la persona, aumenta la probabilidad de tener mayor grado de discapacidad, también se muestra que al aumentar el ingreso disminuye la probabilidad de tener mayores grados de discapacidad. Dada la bondad del modelo, se puede hacer la siguiente predicción: una persona de 40 años, con nivel de primaria, con ingresos de \$300.000 mensuales y que no use órtesis o prótesis, tiene una probabilidad del 48 % de discapacidad leve, mientras una persona de la misma edad, sin ingresos, que usa órtesis o prótesis, tiene una probabilidad del 40 % de tener una discapacidad moderada.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DE LA DISCAPACIDAD EN PERSONA CON
DISCAPACIDAD DE LA REGIÓN CARIBE COLOMBIANA
C. VÉLEZ ÁLVAREZ, J. A. VIDARTE CLAROS, J. H. PARRA SÁNCHEZ

TABLA 1. Distribución del grado de severidad de la discapacidad según sexo en los participantes																		
Variable	Nivel	Do1		Do2		Doo3		D4		Do51		Do52		Do6		Total		P valor
Sexo		Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	
femenino	Ninguna	252	45.4	52	9.4	167	30.1	165	29.7	85	15.3	196	35.3	12	2.2	13	2.3	0.000
	Leve	192	34.6	101	18.2	146	26.3	251	45.2	54	9.7	25	4.5	139	25.0	203	36.6	
	Moderada	92	16.6	152	27.4	166	29.9	101	18.2	227	40.9	108	19.5	275	49.5	245	44.1	
	Severa	18	3.2	200	36.0	67	12.1	29	5.2	83	15.0	52	9.4	110	19.8	89	16.0	
	extrema	1	.2	50	9.0	9	1.6	9	1.6	106	19.1	174	31.4	19	3.4	5	.9	
Masculino	Ninguna	252	48.0	62	11.8	171	32.6	199	37.9	101	19.2	214	40.8	19	3.6	22	4.2	0.001
	Leve	163	31.0	97	18.5	133	25.3	221	42.1	59	11.2	33	6.3	123	23.4	205	39.0	
	Moderada	83	15.8	168	32.0	157	29.9	74	14.1	220	41.9	114	21.7	254	48.4	217	41.3	
	Severa	26	5.0	163	31.0	54	10.3	27	5.1	58	11.0	46	8.8	115	21.9	77	14.7	
	extrema	1	.2	35	6.7	10	1.9	4	.8	87	16.6	118	22.5	14	2.7	4	.8	

Do1 = Dominio Comprensión y comunicación; Do2 = Dominio Capacidad de moverse en el entorno; Do3 = Dominio Cuidado personal; Do4 = Dominio Relaciones con otras personas; Do5 = Dominio Trabajo no remunerado; Do52 = Dominio Trabajo remunerado; Do6 = Dominio Participación en sociedad; P = Significancia < 0.050.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DE LA DISCAPACIDAD EN PERSONA CON
DISCAPACIDAD DE LA REGIÓN CARIBE COLOMBIANA
C. VÉLEZ ÁLVAREZ, J. A. VIDARTE CLAROS, J. H. PARRA SÁNCHEZ

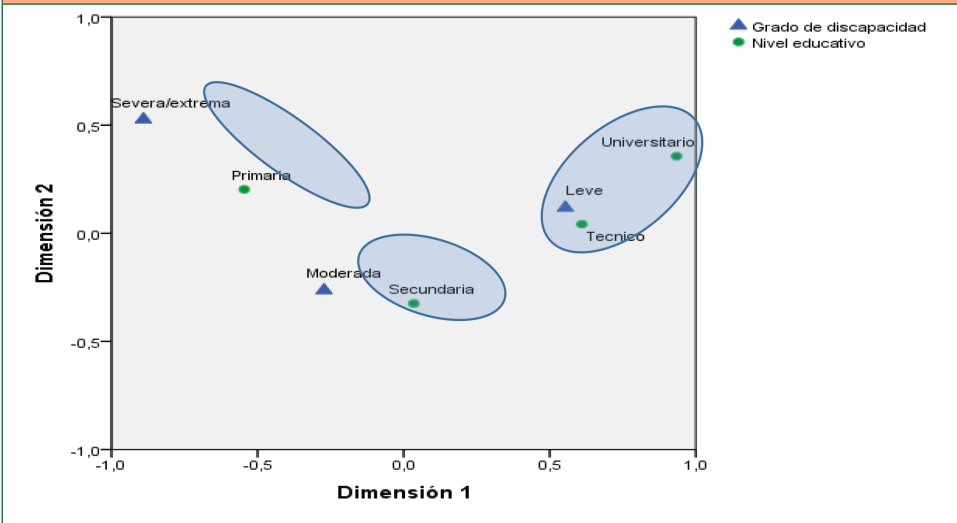
TABLA 2. Correlación entre discapacidad por dominios y final (WHO DAS 2.0) acorde con el nivel de medición de los DSS estructurales e intermedios										
Variable	Spearman	Do1	Do2	Do3	Do4	Do51	Do52	Do6	st_s36	
Edad en años	Coefficiente de correlación	.220**	.398**	.231**	.240**	.375**	.102**	.175**	.359**	
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.000	
	N	1080	1080	1080	1080	1080	790	1080	790	
Ingreso mensual promedio	Coefficiente de correlación	-.179**	-.102**	-.210**	-.348**	-.170**	.109**	-.136**	-.352**	
	Sig. (bilateral)	.000	.001	.000	.000	.000	.002	.000	.144	
	N	1080	1080	1080	1080	1080	790	1080	790	
Cuántas horas trabaja al mes	Coefficiente de correlación	-.210**	-.211**	-.226**	-.347**	-.225**	.165**	-.309**	-.106**	
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.003	
	N	1080	1080	1080	1080	1080	790	1080	790	
Cuánto lleva trabajando	Coefficiente de correlación	-.211**	-.227**	-.237**	-.252**	-.237**	.150**	-.202**	-.094**	
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.008	
	N	1080	1080	1080	1080	1080	790	1080	790	
Número de personas con quien comparte la vivienda	Coefficiente de correlación	-.027	-.051	-.007	.074*	-.042	.057	.016	.027	
	Sig. (bilateral)	.369	.093	.810	.014	.168	.108	.603	.447	
	N	1080	1080	1080	1080	1080	790	1080	790	
Cuántos años lleva sin rehabilitación	Coefficiente de correlación	-.042	-.117**	-.089**	-.101**	-.137**	-.339**	-.102**	-.329**	
	Sig. (bilateral)	.171	.000	.003	.001	.000	.000	.001	.000	
	N	1080	1080	1080	1080	1080	790	1080	790	

Do1 = Dominio Comprensión y comunicación; Do2 = Dominio Capacidad de moverse en el entorno; Do3 = Dominio Cuidado personal; Do4 = Dominio Relaciones con otras personas; Do5 = Dominio Trabajo no remunerado; Do52 = Dominio Trabajo remunerado; Do6 = Dominio Participación en sociedad; St36 = Total dominios.

TABLA 3. Resumen de las asociaciones entre los determinantes sociales de la salud con el grado de discapacidad

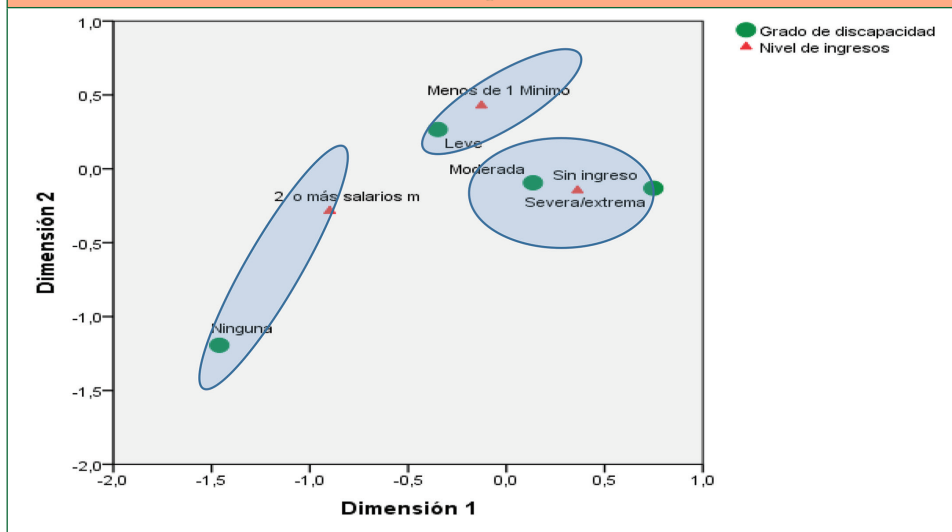
Determinantes sociales de la salud	Chi-cuadrado	P valor
Sexo	4.170	0.384
Estado civil	57.9	0.00*
Estrato social	17.14	0.02*
Nivel educativo	148.82	0.00*
Etnia	21.32	0.04*
Uso de órtesis y/o prótesis	37.89	0.02*

FIGURA 3. Mapa perceptual entre nivel educativo y el grado de discapacidad



El signo positivo del coeficiente de la edad (0.025) indica que a mayor edad mayor es la probabilidad de tener alto grado de discapacidad. Una de las variables predictoras son los años sin rehabilitación; según los resultados anteriores la probabilidad de tener mayor grado de discapacidad respecto a tener niveles bajos de discapacidad es 1.64 veces mayor en las personas que llevan más años sin rehabilitación, respecto a los que llevan menos años sin rehabilitación. La probabilidad de tener mayor grado de discapacidad al tener un nivel bajo de discapacidad es

FIGURA 4. Mapa perceptual entre nivel de ingreso mensual y el grado de discapacidad



2.62 veces mayor en las personas que no reciben ingresos comparado con los que reciben más de dos salarios mínimos.

Por último, la probabilidad de tener mayor grado de discapacidad versus a tener nivel bajo de discapacidad es 5.1 veces mayor en las personas con bajos niveles educativos respecto de los que tienen mayor nivel de formación educativa.

Dadas las bondades del modelo estimado, la probabilidad del grado de discapacidad de una persona de 40 años, con nivel de formación técnica o universitaria, con uno o más salarios mínimos y en proceso de rehabilitación, es del 54 % de tener un nivel leve de discapacidad. Una persona con 90 años, con nivel de formación primaria, sin salario, pero que está en rehabilitación, el modelo predice que tiene una probabilidad del 46 % de tener un grado de discapacidad moderada.

4. Discusión

El objetivo del presente estudio fue establecer los DSS predictores del grado de discapacidad en personas con discapacidad mayores de 18 años de la región del Caribe colombiano. En cuanto a los determinantes estructurales como edad, sexo, etnia, estado civil, área de vivienda, nivel educativo, ingresos salariales, uso de órtesis y prótesis, se encontró un comportamiento similar hombre-mujer. Esto concuerda con los resultados del Observatorio Nacional de Discapacidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

TABLA 4. Modelo de regresión ordinal del grado de discapacidad						
Variables	Estimación	Error estándar	Wald	gl	Sig.	ODDS
[Grado de discapacidad = Ninguno]	-.623	.354	3.085	1	.079	
[Grado de discapacidad = Leve]	2.719	.343	62.783	1	.000	
[Grado de discapacidad = Moderado]	5.091	.368	190.878	1	.000	
Edad (años)	.025	.003	57.176	1	.000	
[Años sin reh = .00]	.497	.154	10.411	1	.001	1.64
[Añossinreh1 = 1.00]	-.456	.239	3.634	1	.057	0.63
[Añossinreh1 = 2.00]	.220	.172	1.635	1	.201	1.25
[Ingresomensual1 = .00]	.962	.286	11.357	1	.001	2.62
[Ingresomensual1 = 1.00]	.333	.295	1.275	1	.259	1.40
[Ingresomensual1 = 2.00]	.511	.315	2.638	1	.104	1.67
[Niveleducativo1 = .00]	1.629	.264	38.041	1	.000	5.10
[Niveleducativo1 = 1.00]	1.035	.240	18.581	1	.000	2.81
[Niveleducativo1 = 2.00]	.739	.225	10.792	1	.001	2.09
[Niveleducativo1 = 3.00]	.364	.269	1.825	1	.177	1.44

Con respecto a la edad, en el presente estudio la media fue de 56.25 años, datos que sugieren que la discapacidad se centraliza en el grupo de adultez media y la vejez, lo cual podría responder a la transformación poblacional en términos del aumento paulatino que ha tenido este grupo etario en las últimas décadas. Este hallazgo también lo reportan Henao-Lema y Arcos-Rodríguez (2020), quienes afirman

que a mayor edad mayor grado de discapacidad. Contrario a estos resultados se encuentran estudios realizados por Vélez Álvarez y Vidarte Claros (2014) y Gil Obando *et al.* (2018), que informaron un alto porcentaje de personas con discapacidad en rangos de edad en el grupo de 30 a 34 años y 20 a 29 años respectivamente; resultados similares fueron encontrados por Gil Obando *et al.* (2016) y Fajardo Ramos *et al.* (2016). Sobre este aspecto Europa advierte que al parecer la discapacidad ha aumentado en las cohortes más jóvenes (Beller y Epping, 2021), aspecto que no es menor si se analizan la potencia y la influencia de este DSS sobre la discapacidad.

Otro DSS estructural es la etnia, se encontró mayor participación de mestizos. Estos hallazgos se asemejan con lo reportado por Gil Obando *et al.* (2019), quienes informaron una proporción del 77.6 % pertenecientes a esta raza; difieren de lo encontrado por Vera *et al.* (2023), quienes informan como las etnias indígenas y palenqueros tienen mayor probabilidad de tener discapacidad, por tanto, como lo sugieren estos autores, esta variable es un predictor a ser tenido en cuenta en la salud y el bienestar de las personas con discapacidad.

Con relación al nivel educativo, las personas con discapacidad del presente estudio tienen en mayor porcentaje secundaria incompleta; este hallazgo es coherente con la situación en Latinoamérica, en la cual se reporta que más de la mitad de la población con discapacidad no ha completado la educación básica (Vélez Latorre y Manjarrés Carrizalez, 2020), y contrastan con lo reportado por Correa Montoya y Castro Martínez (2016), donde la mayoría de las personas con discapacidad solo terminó la básica primaria. Por tanto, como lo reportan Tlapa Pale *et al.* (2024), el bajo nivel educativo de las personas con discapacidad es considerado un DSS que les genera una mayor exclusión y marginación social.

En cuanto a los DSS intermedios, las personas con discapacidad de las ciudades participantes, en un porcentaje considerable, están afiliadas al régimen subsidiado de salud; esto guarda relación con los hallazgos de estudios sobre la temática (Fajardo Ramos *et al.*, 2016; Vélez Álvarez y Vidarte Claros, 2014), siendo la tendencia general que las personas con discapacidad pertenezcan al régimen subsidiado. Estos hallazgos concuerdan con lo afirmado sobre como la atención en salud de las personas con discapacidad se asume en mayor medida por el servicio público, que en Colombia tiene altos tiempos para la asignación de citas, situación que puede afectar los procesos de rehabilitación integral (Valenzuela-Fuenagan y Mejía-Ortega, 2021).

En el análisis de los ingresos económicos, se encontró que quienes trabajan perciben en promedio menos de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV). Estos datos son similares a lo reportado por Gómez Rúa *et al.* (2020), quienes señalan que las personas en situación de discapacidad viven con menos de un SMMLV. Esta situación ha sido descrita por Olavide (2023) como una limitación para el desarrollo de un proyecto de vida autónomo y en contextos de equidad.

Con respecto a las condiciones laborales, el 15 % de la población se encuentra laborando sin contrato, el 96.3 % no tiene pensión por discapacidad, el 46 % se encontraba laborando antes de la discapacidad y el 85.0 % no se desplaza a sus lugares de trabajo por no tener empleo. A pesar de que existen leyes nacionales que fomentan la inclusión laboral como la 361 de 1997, la 1346 del 2009, Ley estatutaria

1618 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), entre otras que ofrecen beneficios para todas aquellas empresas que incluyan en su nómina a personas con discapacidad, sigue vulnerándose ese derecho (Araque y Suárez, 2017).

Los hallazgos encontrados son similares a lo reportado por de Gil Obando *et al.* (2016), quienes informaron que los participantes del estudio en su mayoría están desempleados, por motivo de salud, o realizan trabajos informales o de forma independiente que evidencian inestabilidad. Así mismo coinciden con lo presentado por Araque y Suárez (2017) y Pupiales Rueda y Córdoba Andrade (2016).

En torno al uso de órtesis/o prótesis, en mayor porcentaje las usan. Lo anterior tiene similitud con los hallazgos de Gil Obando *et al.* (2016), que reportan que más de la mitad de la población de su estudio usa ayudas externas, principalmente el bastón, y con el informe de ayudas técnicas de la Fundación Saldarriaga Concha (Fundación Saldarriaga Concha, s. f.) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, más del 7 % de los colombianos vive en situación de discapacidad y, en la mayoría de los casos, requieren el uso de ayudas técnicas, porque brindan la oportunidad de participar de manera autónoma en los diferentes escenarios de la vida diaria (Metts, 2000).

En cuanto al grado de discapacidad se encontró que una de cada tres personas tiene una discapacidad leve y aproximadamente seis de cada diez presentan discapacidad entre moderada y extrema, datos similares a los reportados por Díaz-Dumont (2019), quienes evidencian un grado de discapacidad moderada, y diferentes a los establecidos por Gil Obando *et al.* (2016) y Rodríguez-Blázquez *et al.* (2016), donde el grado de discapacidad encontrado fue leve. En contraste otros estudios muestran un grado de discapacidad severa en adultos (López y Villota, 2014; Sepúlveda-Delgado *et al.*, 2017).

En cuanto a los dominios evaluados por el WHODAS 2.0, se encontró que existe relación significativa entre el sexo y el grado de discapacidad en las diferentes dimensiones, resultados que difieren de los estudios realizados por Gil Obando *et al.* (2016), quienes evidencian promedios de discapacidad para la participación en sociedad, y con los resultados del estudio de Flores *et al.* (2015), quienes encontraron que altos porcentajes de personas con discapacidad presentan problemas en el dominio relaciones con otras personas. Las diferencias por sexo en el análisis de discapacidad como DSS son hoy a nivel mundial un reto para poder profundizar la perspectiva interseccional, así lo reporta Alcázar (2023).

Al efectuar el análisis bivariado entre los DSS y el grado de discapacidad en los participantes, se evidenciaron relaciones estadísticamente significativas $p < 0.05$ entre estado civil, estrato social, nivel educativo, etnia y el uso de órtesis y prótesis con el grado de discapacidad. De igual forma se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el grado de discapacidad en los dominios capacidad de moverse, trabajo no remunerado y el total con la edad, siendo esta correlación ideal; horas trabajando con los dominios trabajo remunerado, y relaciones con otras personas y años en rehabilitación con los dominios trabajo remunerado y total. Estos resultados son similares a los encontrados por Henríquez-Thorrens *et al.* (2020), quienes referencian cómo con el aumento de la edad, las horas de trabajo, el tiempo de trabajo y los años sin rehabilitación se ven afectados por los dominios de

comprensión y comunicación, movilidad, autocuidado, relaciones con otras personas y actividades de la vida diaria. De igual manera otros autores concluyen que existe asociación entre los determinantes sociales de la salud y el grado de discapacidad (Gil Obando *et al.*, 2016; Rodríguez Quintana *et al.*, 2019; Tlapa Pale *et al.*, 2024).

Con relación a la variable horas mensuales de trabajo, se encontró que una persona que tiene menor grado de discapacidad tiene la posibilidad de trabajar más horas mensuales. Según Guerra *et al.* (2016), la falta de igualdad de oportunidades de empleo para las personas con discapacidad constituye una de las causas subyacentes de la pobreza y la exclusión de dichas personas. Esto es corroborado por Herazo Beltrán y Domínguez Anaya (2013), quienes informaron una correlación lineal entre la pobreza y la discapacidad, indicando que la pobreza es un factor contextual influyente en la discapacidad de las personas. Las posibles razones para esta correlación positiva son las pocas oportunidades laborales y los bajos ingresos a los que se ven expuestos, lo que termina limitando el acceso a rehabilitación, servicios de salud, entre otros. Por su parte, Martínez-Rozo *et al.* (2015), en su estudio sobre la discapacidad y su estado actual en la legislación colombiana, destacan las bajas tasas de inclusión laboral como mayor dificultad de las personas con discapacidad en los países desarrollados.

En el análisis multivariado se encontró como, a menor grado de discapacidad menor probabilidad de usar órtesis y/o prótesis. Este hallazgo se puede sustentar con investigaciones que han demostrado cómo la mejora en la funcionalidad reduce la necesidad de dispositivos ortopédicos. Davis *et al.* (2023) reportan como personas con amputaciones de miembros inferiores, quienes presentan una mejor recuperación funcional tras procedimientos como la osteointegración, tienden a depender menos de las prótesis. Asimismo, se ha observado que las intervenciones tempranas con órtesis en personas con discapacidad, como las que han sufrido un accidente cerebrovascular, mejoran la movilidad y las actividades diarias, disminuyendo la necesidad de dispositivos adicionales (Golding-Day *et al.*, 2022). Al respecto, Moreno-López *et al.* (2017) realizaron un estudio longitudinal, observacional con pacientes protetizados de extremidad inferior, encontrando un nivel de independencia alto y buen uso de las prótesis.

Por último y con relación al modelo predictivo, la edad, el ingreso mensual y el nivel educativo se establecen como predictores del grado de discapacidad de la población con discapacidad de la región Caribe de Colombia, lo cual es coherente con los resultados de estudios previos (Gil Obando *et al.*, 2016; Henríquez-Thorrens *et al.*, 2020; Vélez Álvarez y Vidarte Claros, 2014), que establecen como predictoras del grado de discapacidad variables similares. En coherencia con este hallazgo en Chile se reporta como a mayor edad, mayor discapacidad; a menores ingresos se enfrentan discapacidades más severas, y a medida que se aumenta el nivel educativo se disminuye la discapacidad. Vial y Martínez (2023) resaltan la importancia de implementar políticas que mejoren el acceso a la educación y oportunidades económicas, con el fin de abordar y reducir las disparidades en las personas con discapacidad.

En conclusión, los resultados sobre los DSS que predicen la discapacidad sugieren la necesidad de implementar programas de inclusión educativa, de empleo

inclusivo, ofrecer formación y capacitación laboral, proporcionar asesoramiento y apoyo en la búsqueda de empleo, fomentar el emprendimiento inclusivo y asegurar la adaptación del entorno laboral con tecnologías asistidas y ajustes razonables, aspectos a tener en cuenta en las políticas de discapacidad que se vienen actualizando en las diferentes regiones del país. De manera especial el ingreso económico y el nivel educativo pueden ser modificados con acciones intersectoriales, en tanto generan nuevos retos para los tomadores de decisiones, futuras investigaciones y desarrollos en el área.

Los resultados sobre los DSS predictores de la discapacidad son coherentes con investigaciones previas realizadas en contextos europeos y latinoamericanos, lo que sugiere la validez de las conclusiones en esos entornos. Sin embargo, los autores reconocen como una limitación la potencial falta de generalización de estos hallazgos a todas las regiones o contextos del país. Esto se debe a las variaciones en los determinantes sociales de la salud, que incluyen factores culturales, socioeconómicos y políticos, los cuales pueden influir de manera considerable en la implementación de programas de inclusión y en las políticas relacionadas con la discapacidad. Por ejemplo, las diferencias en el acceso a servicios de salud, la educación y los recursos económicos pueden afectar la forma en que se experimenta y se aborda la discapacidad en diversas regiones. En este sentido, es crucial que futuras investigaciones consideren estos determinantes sociales al interpretar los resultados, para proporcionar un marco más integral que contemple la diversidad de realidades en Colombia y Latinoamérica. Abordar estas diferencias permitirá desarrollar enfoques más inclusivos y adaptados a las necesidades específicas de cada comunidad, promoviendo así una mayor equidad en la atención de personas con discapacidad.

5. Agradecimientos

Los investigadores expresan sus agradecimientos a todas las personas con discapacidad que formaron parte del estudio, sin ellos no hubiera sido posible el mismo, y a los estudiantes de la maestría en Discapacidad de la Universidad Simón Bolívar, quienes participaron activamente en el proceso investigativo.

6. Declaración sobre conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

7. Referencias bibliográficas

ALCÁZAR, M. A. (2023). Discapacidad y género, un necesario tratamiento interseccional en nuestra legislación. *Estudios Penales y Criminológicos*, 43, 1-34. <https://doi.org/10.15304/epc.43.8650>

- ARAQUE, F. y SUÁREZ, O. (2017). Reflexiones teóricas y legales del adulto mayor y la discapacidad en Colombia. *Jurídicas Cuc*, 13(1). <https://doi.org/10.17981/juridcuc.13.1.2017.05>
- BACCA, A. L., SABOGAL, J. E. y ARRIVILLAGA, M. (2020). Análisis de la política pública de discapacidad en relación con los cuidadores: Colombia, 2013-2017. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(1). <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.3>
- BELLER, J. y EPPING, J. (2021). Disability trends in Europe by age-period-cohort analysis: Increasing disability in younger cohorts. *Disability and Health Journal*, 14(1), e100948. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100948>
- COMÍN COMÍN, M., RUIZ GARRÓS, C., FRANCO, E., DAMIAN, J., RUIZ TOVAR, M., DE PEDRO-CUESTA, J. y GRUPO ARAGONÉS DE ESTUDIO DE LA DISCAPACIDAD DISCAPARAGON (2011). Scientific-professional production on the ICF disability model in Spain. A literature review (2001-2010). *Gaceta Sanitaria*, 25(Suppl 2), 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.004>
- CORREA MONTOYA, L. y CASTRO MARTÍNEZ, M. C. (2016). *Discapacidad e inclusión social en Colombia. Informe Alternativo de la Fundación Saldarriaga Concha al Comité de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pcd_discapacidad_inclusion_social.pdf
- DAVIS-WILSON, H. C., CHRISTIANSEN, C. L., GAFFNEY, B. M. M., LEV, G., ENABULELE, E. y STONEBACK, J. W. (2023). Improvements in disability and function in people with lower-limb amputation one year after prosthesis osseointegration. *Prosthetics and Orthotics International*, 47(4), 343-349. <https://doi.org/10.1097/PXR.0000000000000200>
- DÍAZ-DUMONT, J. R. (2019). Discapacidad en el Perú: un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Revista Venezolana de Gerencia*, 24, 15.
- FAJARDO RAMOS, E., CÓRDOBA ANDRADE, L. y ENCISO LUNA, J. E. (2016). Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. *Comunidad y Salud*, 14(2), 33-41.
- FLORES, S., JIMÉNEZ, A., CASTELLANOS, W., ALGER, J., ZÚÑIGA, L., GONZALES, M. *et al.* (2015). Prevalence of disability and its characteristics in 18 to 65 years old population in Honduras, Central America, 2013-2014. *Rev Med Hondur*, 83.
- FUNDACIÓN SALDARRIAGA CONCHA (s. f.). *Informe ayudas técnicas y servicios. Las personas con discapacidad requieren poder hacer uso de sus ayudas técnicas y servicios de asistencia sin ninguna restricción*. https://saldarriagaconcha.org/desarrollo_fsc/es/21-prensa/148-informe-ayudas-tecnicas-y-servicios
- GIL OBANDO, L. M., LÓPEZ LÓPEZ, A., AVILA RENDÓN, C. L., CRIOLLO CASTRO, C. H., CANCHALA OBANDO, A. M. y SERRATO MEDOZA, M. P. (2016). Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. *Universidad y Salud*, 18(3). <https://doi.org/10.22267/rus.161803.55>
- GIL OBANDO, L. M., LÓPEZ LÓPEZ, A., BARREIRO NOVOA, S., MOLINA HEREDIA, Y. P. y SOLANO ESPARRAGOZA, Z. del C. (2018). Discapacidad y calidad de vida en población adulta del Municipio de Soledad, Atlántico – Colombia. *Inclusión y Desarrollo*, 5(2). <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.5.2.2018.143-158>
- GIL OBANDO, L. M., LÓPEZ-LÓPEZ, A., MANOTAS-GUZMAN, Y. M. y MARTÍNEZ-CERVANTES, S. D. (2019). Relación entre las características sociodemográficas y la discapacidad en adultos del municipio de Sabanalarga-Atlántico. *MedUNAB*, 21(3). <https://doi.org/10.29375/01237047.2796>
- GOLDING-DAY, M., PRINCE, N., THOMAS, S., HORNE, J., THOMAS, L. y WALKER, M. (2022). Early specialist orthotic interventions for the lower limb in adult stroke patients: A systematic

- literature review. *Journal of the International Foot & Ankle Foundation*, 1(9). <https://doi.org/10.55067/jifaf.v1i9.27>
- GÓMEZ RÚA, N. E., PÉREZ MEDINA, A. L., LÓPEZ ARANGO, D. M. y MEDINA RUIZ, M. F. (2020). Personas con discapacidad: barreras de acceso al empleo y algunas alternativas de inclusión en Colombia. *CES Derecho*, 11(2). <https://doi.org/10.21615/cesder.11.2.1>
- GUERRA, M., RAMOS, C., SUBÍA, A., CARVAJA, V. y BORJA, S. (2016). Inclusión de personas con discapacidad en el medio laboral. *Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 3(2). <https://doi.org/10.26423/rctu.v3i2.145>
- HENAO-LEMA, C. P. y ARCOS-RODRÍGUEZ, A. V. (2020). Discapacidad y determinantes sociales de la salud en personas con enfermedad cerebrovascular, San Juan de Pasto (Colombia). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v38n1e336697>
- HENRÍQUEZ-THORRENS, M., DONADO-MERCADO, A., LIÁN-ROMERO, T., VIDARTE-CLAROS, J. A. y VÉLEZ-ÁLVAREZ, C. (2020). Determinantes sociales de la salud asociados al grado de discapacidad en la ciudad de Barranquilla. *Duazary*, 17(1). <https://doi.org/10.21676/2389783X.3221>
- HERAZO BELTRÁN, Y. y DOMÍNGUEZ ANAYA, R. (2013). Correlación entre pobreza extrema y discapacidad en los departamentos de Colombia. *Ciencia e Innovación en Salud*. <https://doi.org/10.17081/innosa.1.1.79>
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C. y BAPTISTA LUCIO, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª). McGraw-Hill. <https://academia.utp.edu.co/grupobasicoclinicayaplicadas/files/2013/06/Metodolog%C3%ADa-de-la-Investigaci%C3%B3n.pdf>
- LÓPEZ, L. y VILLOTA, D. (2014). *Relación entre el grado de discapacidad y nivel de independencia funcional en adultos con enfermedad cerebrovascular de Cartagena, Colombia*.
- MARMOT, M. y BELL, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126, S4-S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- MARTÍNEZ-ROZO, A. M., URIBE-RODRÍGUEZ, A. F. y VELÁZQUEZ-GONZÁLEZ, H. J. (2015). La discapacidad y su estado actual en la legislación colombiana. *Duazary*, 12(1). <https://doi.org/10.21676/2389783X.1398>
- METTS, R. L. (2000). *Disability issues, trends and recommendations for the world bank*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/503581468779980124/pdf/multi0page.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (1993). *Resolución 08430 de 1993*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2013). *Ley Estatutaria 1618 de 2013 «por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad»*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documento-balance-1618-2013-240517.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2024). *Observatorio Nacional de Discapacidad*. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ondiscapacidad/Paginas/Inicio.aspx>
- MORENO-LÓPEZ, J., MORENO-PALACIOS, J. A., ESTEBAN-ROMÁN, S., LAMAS, I. M., PETRIMAN, M. y PINTOR-OJEDA, A. (2017). Utilización de la prótesis en amputados de miembro inferior. *Rehabilitación*, 51(4), 220-225. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2017.05.001>
- MUKAKA, M. (2012). A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal: The Journal of Medical Association of Malawi*, 24(3), 69-71.
- OLABIDE, P. D. (2023). Situación de ingresos de las personas con discapacidad de Gipuzkoa: una exploración a través de datos fiscales. *Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetarako Aldizkaria= Revista de Servicios Sociales*, 79, 19-36. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.79>

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
- PUPIALES RUEDA, B. E. y CÓRDOBA ANDRADE, L. (2016). La inclusión laboral de personas con discapacidad: un estudio etnográfico en cinco Comunidades Autónomas de España. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(2), 279-289. <https://doi.org/10.30554/archmed.16.2.1720.2016>
- RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, C., DAMIÁN, J., ANDRÉS-PRADO, M. J., ALMAZÁN-ISLA, J., ALCALDE-CABERO, E., FORJAZ, M. J., CASTELLOTE, J. M., GONZÁLEZ-ENRÍQUEZ, J., MARTÍNEZ-MARTÍN, P., COMÍN, M., DE PEDRO-CUESTA, J. y DISCAP-ARAGON RESEARCH GROUP. (2016). Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations and participation restrictions: A cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations. *BMJ Open*, 6(6), e010446. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010446>
- RODRÍGUEZ QUINTANA, T., AYALA CHAUVINI, M. A., ORTIZ ROSERO, M. F., ORDOÑES PACCHA, M. B., FABELO ROCHE, J. R. e IGLESIAS MORÉ, S. (2019). Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1).
- SEPÚLVEDA-DELGADO, J., VERA-LASTRA, O. L., TRUJILLO-MURILLO, K., CANSECO-ÁVILA, L. M., SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, R. A., GÓMEZ-CRUZ, O., LUGO-TRAMPE, A., FERNÁNDEZ-SALAS, I., DANIS-LOZANO, R., CONTRERAS-CONTRERAS, A., MENDOZA-TORRES, A., DOMÍNGUEZ-ARREBILLA, S., MENA-VELA, B. A., OCAÑA-SIBILLA, M., RAMÍREZ-VALDESPINO, J. C. y JARA, L. J. (2017). Inflammatory biomarkers, disease activity index, and self-reported disability may be predictors of chronic arthritis after chikungunya infection: Brief report. *Clinical Rheumatology*, 36(3), 695-699. <https://doi.org/10.1007/s10067-016-3419-2>
- SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD (2006). *Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II): WHO-DAS II – SID*. <https://sid-inico.usal.es/documentacion/cuestionario-para-la-evaluacion-de-la-discapacidad-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-version-espanola-del-world-health-organization-disability-assessment-schedule-ii-who-das-ii/>
- TLAPA PALE, A., ARBEZ EVANGELISTA, C. y JUÁREZ IBARRA, K. I. (2024). Determinantes sociales de la salud asociados a discapacidad: revisión sistemática. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 8(1), 89-101. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v8i1.724>
- VALENZUELA-FUENAGAN, P. A. y MEJÍA-ORTEGA, L. M. (2021). Acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño (Colombia), 2017. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1), e336663. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e336663>
- VÉLEZ ÁLVAREZ, C. y VIDARTE CLAROS, J. A. (2014, julio 17). *Discapacidad y determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios: diferencias por género*. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/42/2803>
- VÉLEZ LATORRE, L. y MANJARRÉS CARRIZALEZ, D. (2020). La educación de los sujetos con discapacidad en Colombia: abordajes históricos, teóricos e investigativos en el contexto mundial y latinoamericano. *Revista Colombiana de Educación*, 78, 253-297. <https://doi.org/10.17227/rce.num78-9902>
- VERA, L. K. C., ARANGO, D. C., MUÑOZ, C. O. y CÁRDENAS, M. V. (2023). Determinantes sociales que inciden en la discapacidad por departamento en víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Papeles de población*, 29(117), 4. <https://doi.org/10.22185/24487147.2023.117.22>

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PREDICTORES DE LA DISCAPACIDAD EN PERSONA CON
DISCAPACIDAD DE LA REGIÓN CARIBE COLOMBIANA
C. VÉLEZ ÁLVAREZ, J. A. VIDARTE CLAROS, J. H. PARRA SÁNCHEZ

VIAL, B. y MARTÍNEZ, C. (2023). Discapacidad en adultos en Chile: menores ingresos del trabajo y mayores gastos. *Estudios Públicos*, 169, 69-120. <https://doi.org/10.38178/07183089/1312220128>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2024). *WHO COVID-19 dashboard*. Datadot. <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>