

CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN CON DEFICIENCIAS FISICAS  
EN EL MUNICIPIO DE EL TAMBO – CAUCA  
AÑO 2002

MARTHA ALICIA SEGURA CORDOBA  
FREDY WILINTON CASTRO PIAMBA

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA  
POPAYÁN  
2004

CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN CON DEFICIENCIAS FISICAS  
EN EL MUNICIPIO DE EL TAMBO – CAUCA  
AÑO 2002

MARTHA ALICIA SEGURA CORDOBA  
FREDY WILINTON CASTRO PIAMBA

Asesora

FT. PAOLA VERNAZA  
Esp. Epidemiología Clínica

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA  
POPAYÁN  
2004

## **NOTA DE ACEPTACIÓN**

En cumplimiento de los requisitos  
Legales y reglamentarios se declara  
Aprobado este proyecto

---

**JURADO**

---

**JURADO**

Popayán, 26 de Noviembre de 2004

*“He aprendido con el tiempo que el entendimiento es el resultado de tres principios.  
El primero la espiritualidad y el contacto permanente con Dios,  
El segundo la bendición, confianza, amor y apoyo De padres, hermanos, docentes y amigos.  
Y el tercero la dedicación y voluntad que cada uno le adhiere a lo que mas le gusta”*

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

PAOLA VERNAZA, Especialista en Epidemiología Clínica, Docente del programa de Fisioterapia de la Universidad del Cauca.

Gracias por la orientación, dedicación y motivación constante en la elaboración del presente proyecto.

GERMAN JAIR ARDILA, Gerente E.S.E. Hospital Nivel I Santa María de El Tambo.

Gracias por su valiosa disposición y colaboración permanente.

A todas las personas que directa o indirectamente colaboraron en la realización del presente estudio.

## RESUMEN

En Colombia, las deficiencias funcionales y/o estructurales relacionadas con la condición de discapacidad son consideradas como un problema de salud pública que aumenta en razón a la violencia y el desarrollo técnico y socioeconómico. La realidad que viven las personas con algún tipo de deficiencia, en especial la población de El Tambo - Cauca y su relación con los índices de pobreza como las Necesidades Básicas Insatisfechas se desconocen, debido a la inexistencia de investigaciones sobre la condición de vida estas personas. **OBJETIVO:** Caracterizar a la población con deficiencias en las funciones y/o estructuras Músculo esqueléticas o Neurológicas relacionadas con el movimiento, reportada en el censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo - Cauca, e identificar las Necesidades Básicas Insatisfechas que influyen sobre la población estudio. **MÉTODOS:** Estudio Retrospectivo Descriptivo que caracterizó a 202 individuos con deficiencias musculoesqueléticas o neurológicas reportadas en el censo. Los datos recogidos de la fuente primaria (Censo), fueron sistematizados y analizados usando el programa SPSS.11. **RESULTADOS:** Las deficiencias se presentaron en el 63% (n=127) de la población correspondiente al género masculino. El desempleo primó en el 53% (n=107) y los ingresos del 92% (n=186) de la población fueron inferiores a 100.000 pesos, siendo la agricultura la actividad económica principal en el 88% (n=177). La

estructura de la vivienda en bahareque predominó para el 43% (n=83) y tan sólo el 26% (n=53) de la población censada recibió atención en salud. **CONCLUSIONES:** La detección y el seguimiento de las personas que presentan deficiencias Físicas, así como la generación de políticas de atención integral para las mismas, son elementos fundamentales, debido a que de ellos depende en gran medida que la deficiencia se pueda impedir, contrarrestar o atenuar, evitando al máximo su posible progreso a discapacidad, condicionada por factores contextuales propios del individuo.

## ABSTRACT

In Colombia the functional and/or structural deficiencies related with the disability condition are considered as a problem of public health that increase in reason to the violence and the technical and socioeconomic development. The reality of the people who live with some type of deficiency, especially the population of El Tambo - Cauca, and their relationship with the indexes of poverty like the unsatisfied basic necessities, are ignored due to the nonexistence of investigations on the condition of these people's life. **Objective:** Investigation characterize the population with deficiencies in the muscular, skeletal or neurologic functions and/or structures related with the movement, reported in the carried out census in the year 2002 by the municipal Governorship and the Hospital level 1 in El Tambo-Cauca, and to identify the unsatisfied basic necessities that have influence on the population study. **Methods:** retrospective descriptive investigation that characterized 202 individuals with muscular, skeletal or neurological deficiencies reported in the census. The picked up data of the primary source (census), were systematized and analyzed by using the SPSS11 program. **Results:** the deficiencies were presented in 63% (n=127) of the population corresponding to the masculine gender. The unemployment was given in 53% (n=107) and the revenues of 92% (n=186) of the population were inferior to 100.000 colombian pesos, being the agriculture the main economic activity in 88% (n=177). The housing structure in



"bahareque" prevailed for 43% (n=83) and only 26% (n=53) of the census population received health attention. **Conclusions:** the detection and the constant evaluation of people that present physical deficiencies, as well as the execution of integral attention politics to the same ones, are fundamental elements to impede, to counteract or to attenuate, avoiding maximum its possible progress to disability conditioned by the human's contextual factors.

## LISTA DE TABLAS

- Tabla N°1.** Distribución de Frecuencia por grupos de edad de la PAG. 44  
población estudio reportada en el Censo realizado en el  
año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I  
en El Tambo Cauca
- Tabla N°2.** Características Sociodemográficas de la población con PAG. 46  
Deficiencias Físicas reportada en el Censo realizado en  
el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel  
I en El Tambo Cauca
- Tabla N°3.** Distribución de Frecuencias del Tipo de Deficiencias de PAG. 48  
la población estudio según funciones y/o estructuras  
relacionadas con el Movimiento
- Tabla N°4.** Distribución de Frecuencia del Tipo de Deficiencia PAG. 50  
Física por grupos de edad.
- Tabla N°5.** Localización corporal de las Deficiencias en las PAG. 51  
Funciones y/o Estructuras relacionadas con el  
Movimiento de la población estudio
- Tabla N°6.** Atención en salud de la población con Deficiencias PAG. 53  
Físicas

- Tabla N°7.** Características ocupacionales y económicas de la PAG. 54  
población con Deficiencias Físicas reportada en el  
Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía  
Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo Cauca
- Tabla N°8.** Parentesco y nivel educativo de la persona Cabeza de PAG. 56  
Familia de los Hogares de la Población estudio según  
tipo de Deficiencia.
- Tabla N°9.** Necesidades Básicas Insatisfechas de la población con PAG. 58  
Deficiencias físicas, reportada en el Censo realizado en  
el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel  
I en El Tambo Cauca

## LISTA DE GRAFICOS

- Gráfico N°1.** Pirámide de población por sexo municipio de El PAG. 9  
Tambo Cauca, año 2002.
- Gráfico N°2.** Distribución de Frecuencias por grupo de edad de la PAG. 45  
población con Deficiencias Físicas, reportada en el  
Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía  
Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo Cauca
- Gráfico N°3** Distribución Porcentual del Tipo de Deficiencias de PAG. 48  
la población estudio según funciones y/o estructuras  
relacionadas con el Movimiento.

## LISTA DE ANEXOS

- ANEXO A** Censo Municipal de personas con Discapacidad PAG. 80  
aplicado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y la  
E.S.E Hospital Nivel I de El Tambo – Cauca
- ANEXO B** Tabla de Población por Sexo Año 2002 El Tambo PAG. 87  
Cauca
- ANEXO C** Funciones y Estructuras Corporales según la PAG. 88  
Clasificación Internacional del Funcionamiento, La  
Discapacidad y la Salud y Descripción de los tipos de  
Deficiencias que se tuvieron en cuenta para el presente  
estudio.
- ANEXO D** Operacionalización de Variables PAG. 91

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	15
1. JUSTIFICACION .....	17
2. OBJETIVOS .....	20
2.1. OBJETIVO GENERAL: .....	20
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	20
3. MARCO TEORICO.....	21
3.1. AREA DE ESTUDIO .....	21
3.1.1. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN POR SEXO AÑO 2002.....	23
3.2. MARCO CONCEPTUAL .....	24
3.2.1. CONTEXTO DE LAS DEFICIENCIAS A NIVEL MUNDIAL .....	24
3.2.2. CONTEXTO DE LAS DEFICIENCIAS EN COLOMBIA.....	30
3.2.3. TENDENCIAS ACTUALES EN DEFICIENCIA Y DISCAPACIDAD...	32
3.2.4. INVESTIGACIONES SOBRE DISCAPACIDAD .....	40
3.2.5.NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS.....	46
4. METODOLOGIA.....	53
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	53
4.2. UNIVERSO .....	53
4.3. MUESTRA .....	53
4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION .....	54
4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION .....	54

4.4. VARIABLES.....	54
4.4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	55
4.4.2. SEGÚN LAS DEFICIENCIAS.....	55
4.4.3. NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS.....	55
4.5. CONSIDERACIONES ETICAS:.....	56
5. RESULTADOS.....	58
5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	58
5.2. TIPO DE DEFICIENCIA.....	62
5.3. NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS .....	70
6. DISCUSIÓN .....	74
7. CONCLUSIONES.....	83
8. RECOMENDACIONES .....	85
BIBLIOGRAFÍA	88

## INTRODUCCION

En la actualidad se desconocen las condiciones de vida de la población con Deficiencias en nuestro país, debido a la ausencia de un registro que contabilice y describa en términos claros el tipo de Deficiencia y el grado de discapacidad que esta conlleva, así como también las características sociodemográficas, nivel de necesidades básicas insatisfechas y el impacto que las condiciones ambientales tienen sobre su condición de salud.

Al no existir este tipo de registros que evidencien la verdadera condición de vida de la población que sufre de Deficiencias; los intentos por generar estrategias sanitarias y sociales se enfocan de manera inadecuada, agotando esfuerzos y recursos que podrían ser más efectivos si se conociera las necesidades reales y el impacto que éstas tienen sobre la condición de Deficiencia con la que este grupo poblacional convive.

Existe un registro desactualizado de las personas con Discapacidad en el municipio de El Tambo – Cauca, a pesar de que se realizó un Directorio con datos correspondientes a Identificación Personal (Nombre, edad, dirección), información que no incluye aspectos que permitan la caracterización de esta población, debido



a la ausencia de personal calificado que emita un diagnóstico acertado sobre Discapacidad; labor correspondiente al Perfil Profesional del Fisioterapeuta.

El contexto de la población con deficiencias del municipio del Tambo Cauca, no es diferente de la población con esta condición de salud en Colombia. La inexistencia de estudios concluyentes y significativos, hace que se planteen investigaciones que reporten datos sobre características sociodemográficas, ambientales y el nivel de Necesidades Básicas Insatisfechas relacionadas con la presencia de deficiencias y su posible efecto en la adquisición de discapacidad.

## 1. JUSTIFICACION

En Colombia las Deficiencias Funcionales y/o Estructurales relacionadas con la condición de Discapacidad son consideradas como “un problema de Salud Pública de proporciones crecientes, debido a la tendencia de la violencia generalizada y al desarrollo socioeconómico, técnico y demográfico”<sup>1</sup>, que puede afectar en grado variable, al individuo quien la padece, la familia y la sociedad en la que se desenvuelve. El interés que despierta esta situación en nuestro país, ha conducido a la generación de políticas de protección y atención a la población que sobrelleva este tipo de alteración, pero en la realidad, no existen registros actualizados y concretos sobre la magnitud de este problema, por lo cual muchas de las líneas estratégicas estipuladas en el marco legal y los recursos destinados para tal fin, se desvían de su propósito inicial. Esta situación se ve agravada por la falta de conocimiento o claridad que la población afectada tiene con respecto a su condición y que le impide exigir su derecho a la igualdad.

El anterior panorama no es ajeno a los entes sectoriales y territoriales relacionados con la Salud, entre ellos las instituciones de educación superior, las cuales forman profesionales idóneos que desafían la realidad que nuestro país enfrenta en este sector, con iniciativas como las investigaciones que caractericen

---

<sup>1</sup> “Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad: 1998-2002”. Pág: 14”.

a la población que sufre algún tipo de Deficiencia estructural y/o funcional, en términos de discapacidad, que puede ser de tipo transitorio o permanente. Es entonces la labor investigativa el primer paso que debe ejecutarse para integrar a la población estudio en procesos activos de participación, intervención en salud y desarrollo social, teniendo en cuenta que las condiciones de vida precarias como la pobreza y la falta de cobertura en salud afectan negativamente a la persona con Deficiencias estructurales y/o funcionales, su familia y su comunidad.

El problema de la discapacidad se generaliza a todas las regiones del país, entre ellas El Municipio de El Tambo – Cauca, por lo cual surge la necesidad de realizar un estudio sobre las características de la población con Deficiencias funcionales y/o estructurales, como precedente para la atención específica y oportuna a esta población.

Se decide estudiar la población de esta localidad porque no existen investigaciones sobre su condición de vida, lo cual es necesario para la formulación de estrategias de intervención, que permitan incluir acciones basadas en el Plan de Atención Básico de El Tambo Cauca.

Otro aspecto importante que sustenta la necesidad de realizar la presente investigación “Es que muchas soluciones a problemas de Salud Pública no requieren de desarrollos novedosos, basta con los instrumentos disponibles. Sin embargo, si se requiere un conocimiento adecuado de las situaciones particulares,

para cada caso y lugar. Este conocimiento solo puede ser logrado con investigaciones locales”.<sup>2</sup>

Por tal motivo es indispensable que en la realización de investigaciones sobre la población con discapacidad se cuente con el personal capacitado para analizar los resultados, de lo contrario las iniciativas en investigación carecen de objetividad para arrojar resultados válidos. La presente investigación utilizó como información el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en el Tambo Cauca (Anexo A), el cual debido a la falta de profesionales calificados para realizar el análisis de la información, no ha arrojado resultados tangibles para las instituciones Gubernamentales.

Con este estudio, los entes encargados de la atención a las poblaciones vulnerables tendrán información suficiente para diseñar estrategias de intervención concretas, de acuerdo a las necesidades identificadas, no solo desde la atención en Salud<sup>3</sup>, si no también a partir de un enfoque integral del individuo en todas las esferas en las que se desenvuelve. Así mismo los resultados del presente estudio permitirán integrar a la población con Deficiencias dentro de procesos activos de participación comunitaria, desarrollados a partir de la identificación de sus propias necesidades para generar actitudes de autogestión y movilización ciudadana.

---

<sup>2</sup> Ensayo: Importancia de investigar en países subdesarrollados. E. Wassember. Revista Biomédica. Vol. 21 N°1. Santa Fé de Bogotá, Colombia. Marzo 2001

<sup>3</sup> DOCUMENTO CONPES SOCIAL, Aprobado en Bogota, D.C., 26 de Enero de 2004

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL:**

Caracterizar a la población con Deficiencias en las Funciones y/o Estructuras Musculoesqueléticas o Neurológicas relacionadas con el movimiento, reportada en el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en el Tambo Cauca

### **2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar las características sociodemográficas de la población estudio.
2. Determinar el número de personas con Deficiencias en las Funciones y/o Estructuras Musculoesqueléticas o Neurológicas relacionadas con el movimiento en la población estudio.
3. Identificar las Necesidades Básicas Insatisfechas que influyen sobre la población estudio para el año 2002.

### **3. MARCO TEORICO**

#### **3.1. AREA DE ESTUDIO**

El municipio de El Tambo fue fundado en el año de 1.713. Se localiza al centro occidente del Departamento del Cauca. El municipio tiene una extensión territorial de 2.840,05 Km<sup>2</sup>, limita al Norte con el municipio de López de Micay, al Sur con los municipios de Patía, La Sierra y Argelia, al Oriente con los municipios de Morales, Cajibío, Popayán, Timbío y Rosas, al Occidente con el municipio de Guapi. El municipio tiene una altura promedio de 1.745 metros sobre el nivel del mar y cuenta con una temperatura media de 18°C con valores máximos de 32°C y mínimos de 5°C y una humedad relativa alta de 80%.

En la zona noroccidental se encuentra la zona de los bosques naturales que pertenecen al Parque Nacional Natural Munchique con una extensión de 45.000 ha. , en la cual sobreviven, además, la mayoría de especies tanto en fauna como en flora, ya que en las demás zonas han desaparecido por la presencia del hombre. El Parque Nacional Natural Munchique es un importante aporte del municipio al planeta, ya que conserva gran megadiversidad, recursos hídricos, 14 especies de aves en vía de extinción, además de ser importante sumidero de bióxido de carbono.

El Tambo desde el punto de vista de su vocación económica es un municipio eminentemente agrícola, siendo consecuente con la distribución poblacional entre rural 92.8% (n=47.856) y urbana 7.2% (n=3.713)<sup>4</sup>, para un total de 51.569 habitantes. Su economía está soportada principalmente por la producción cafetera intercalada con plátano y le siguen en orden de importancia la caña panelera, el maíz, frijol, lulo, chontaduro, yuca, fique, entre otros de menor importancia.

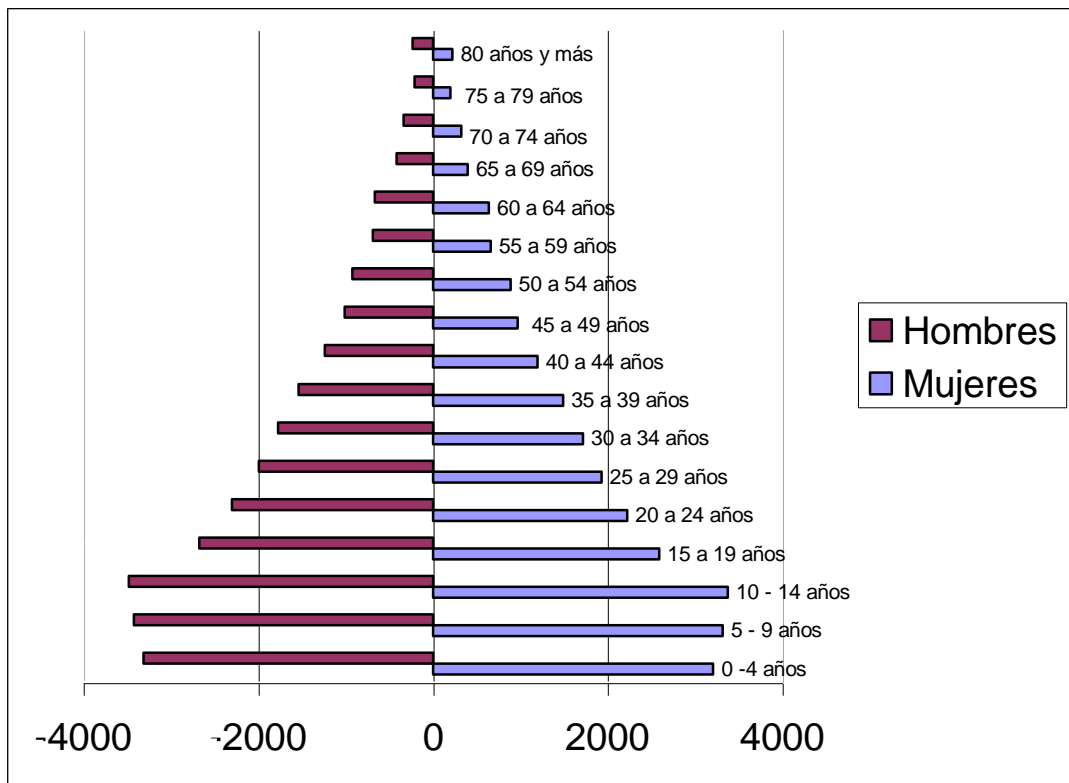
El municipio cuenta con un Hospital de Nivel I, un Centro de Salud, 11 Puestos de Salud, una farmacia y una E.P.S. Según datos de la Gobernación del Cauca del año 1.997, el personal dedicado a prestar servicios de salud estaba distribuido así: seis (6) médicos generales, dos (2) odontólogos, un (1) bacteriólogo, tres (3) enfermeras, veintitrés (23) auxiliares de enfermería, diecisiete (17) promotores de salud y dos (2) técnicos en saneamiento.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Indicadores en Salud 2002 E.S.E Hospital Nivel I de EL Tambo Cauca

<sup>5</sup> Idem.

### 3.1.1. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN POR SEXO AÑO 2002



La composición por sexo corresponde a 50,8% (n=26.190) de hombres y 49.2% (n=25.375) de mujeres. Una cantidad importante de la población se encuentra en los grupos de edad correspondientes a personas jóvenes entre 0 y 19 años con el 49.2% (n=24.374) y adultas entre los 20 y 39 años con el 29.1% (n=14.969), la proporción de Población adulta mayor de 65 años es baja, con el 4.6% (n=2.340).<sup>6</sup> (Ver Anexo B)

<sup>6</sup> Dirección Departamental de Salud. Sección Sistemas de Información. Población Departamento del Cauca 2002



## **3.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **3.2.1. CONTEXTO DE LAS DEFICIENCIAS A NIVEL MUNDIAL**

Las alteraciones del funcionamiento y estructura corporal del ser humano (Deficiencias) son tan antiguas como su propia existencia. Desde la antigüedad, estas alteraciones se interpretaban como una limitación para la supervivencia y un motivo de exclusión social, en un mundo con condiciones precarias y que evolucionaba bajo el principio de selección natural, donde la fuerza física era determinante para sobrevivir. Con la tendencia a establecer una vida sedentaria, el hombre busca una explicación a todos los fenómenos que lo rodean y que podía percibir, incluso las diferencias estructurales, funcionales y comportamentales las cuales explicaba desde su perspectiva como consecuencia de fuerzas sobrenaturales o divinas que castigaban a quienes tenían que vivir con ellas y además eran estigmatizados por su condición, siendo en ocasiones expulsados de la sociedad.

“A través de la historia, el fenómeno de la limitación física ha sido condicionado por las circunstancias históricas, paradigmas, concepciones e ideologías del momento, presentándose diversos cambios o variaciones en el sentido de esta,

utilizando términos que van desde lisiado, incapacitado, minusválido, discapacidad, hasta el actual, limitado en la actividad”<sup>7</sup>

Al revisar estadísticas internacionales sobre discapacidad se encontró que: “A causa de Deficiencias mentales, físicas o sensoriales, hay en el mundo más de 500 millones de personas con discapacidad, a las que se deben reconocer los mismos derechos y brindar iguales oportunidades que a todos los demás seres humanos. En la mayoría de los países, por lo menos una de cada diez personas tiene una Deficiencia física, mental o sensorial, y la presencia de la discapacidad repercute de modo adverso en, al menos, el 25% de toda la población mundial. Con demasiada frecuencia, estas personas han de vivir en condiciones de desventaja debido a barreras físicas y sociales existentes en la sociedad, que se oponen a su plena participación”<sup>8</sup>.

“Por esta condición de desventaja millones de niños y adultos del mundo entero arrastran a menudo una existencia marcada por la segregación y la degradación. El análisis de la situación de las personas con discapacidad debe efectuarse dentro del contexto de distintos niveles de desarrollo económico y social y de diferentes culturas. Sin embargo, en todas partes, la responsabilidad fundamental de remediar las condiciones que conducen a la aparición de Deficiencias y de

---

<sup>7</sup> GÓMEZ, Ángela Viviana. y otros “Reseña de la Construcción Teórica en torno a la Discapacidad”. Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Fisioterapia. Febrero de 2000.

<sup>8</sup> <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/lex>. Marzo 10 de 2004. DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Carlos Egea García

hacer frente a las consecuencias de las discapacidades recae en los gobiernos. Esto no reduce la responsabilidad de la sociedad en general, ni de los individuos y organizaciones. Los gobiernos deben ser los primeros en despertar la conciencia de las poblaciones en cuanto a los beneficios que se obtendrían para los individuos y la sociedad con la inclusión de las personas con discapacidad en todas las esferas de la vida social, económica y política. Los gobiernos deben velar también porque las personas que se ven en situación de dependencia debido a discapacidades graves tengan oportunidad de alcanzar niveles de vida iguales a los de sus conciudadanos. Las organizaciones no gubernamentales pueden prestar asistencia a los gobiernos de diversa manera, formulando las necesidades, sugiriendo soluciones adecuadas o proporcionando servicios complementarios a los proporcionados por los gobiernos. La participación de todos los sectores de la población en los recursos financieros y materiales, sin omitir las zonas rurales de los países en desarrollo, podría ser muy importante para las personas con discapacidad, ya que podría traducirse en un aumento de los servicios comunitarios y en la mejora de las oportunidades económicas.”<sup>9</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior se percibe que muchas veces los gobiernos están asistiendo a todas las personas con capacidades normales, olvidando que a pesar de los esfuerzos por prevenir Deficiencias y discapacidades, existe una población que ya sufre dichas alteraciones. Si se tiene en cuenta la igualdad como un derecho fundamental, esta debe ser entendida como la solución equitativa a las

---

<sup>9</sup> Idem.

necesidades de todo individuo sufra o no de alguna Deficiencia estructural y/o funcional, por medio del compromiso de los entes gubernamentales con la ejecución de acciones políticas para todos por igual.

En el ámbito mundial, la situación de las personas que padecen de alguna Deficiencia estructural y/o funcional varía, dependiendo del desarrollo alcanzado por cada nación: sería ilógico comparar la población discapacitada de Europa con la población en igual condición ubicada en Suramérica, debido a las grandes diferencias en calidad de vida y desarrollo socioeconómico que existen. Para tal efecto es necesario tener en cuenta el panorama de los países en vía de desarrollo como preámbulo del análisis de la situación de la Población con Deficiencias estructurales y/o funcionales en Colombia.

“El 80 % del total de las personas con discapacidad viven en zonas rurales aisladas de dichos países. En algunos de éstos, la proporción de personas con discapacidad se calcula en hasta un 20 % y, si se incluyen familias y parientes, los efectos adversos de la discapacidad pueden afectar al 50 % de la población. El problema se agudiza por el hecho de que, por lo general, las personas con discapacidad suelen ser también sumamente pobres; a menudo viven en zonas donde los servicios médicos y afines son escasos o faltan totalmente, donde las Deficiencias no son ni pueden ser detectadas a tiempo. Cuando reciben atención médica, si la llegan a recibir, la Deficiencia puede haberse hecho irreversible. En muchos países no son suficientes los recursos para detectar e impedir las

Deficiencias ni para satisfacer las necesidades de servicios de rehabilitación y apoyo para la población afectada. No hay bastante personal calificado y falta investigación respecto a estrategias y enfoques nuevos y más eficaces para la rehabilitación y la fabricación y suministro de ayudas y equipo para las personas con discapacidad.”<sup>10</sup>

Extrapolando ésta afirmación al escenario actual de Colombia, la situación de la población con Deficiencias estructurales y/o funcionales, se ve afectada por factores como: El conflicto armado, sus consecuencias y otras formas de violencia y destrucción; el hambre, la pobreza, las epidemias y los desplazamientos forzados de la población siendo más vulnerable la ubicada en zona Rural; un alto índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y Ausencia de conocimientos precisos sobre discapacidad, sus causas, prevención, diagnóstico y rehabilitación integral.

“La relación entre discapacidad y pobreza ha quedado claramente demostrada. Si bien el riesgo de Deficiencia es mucho mayor entre los pobres, también se da la relación recíproca”<sup>11</sup>. Su interacción genera una proporción mayor de individuos que padecen de alguna discapacidad en familias pertenecientes a estratos con menos recursos para su rehabilitación, desviando los pocos ingresos en la mínima

---

<sup>10</sup> <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/lex>. Marzo 10 de 2004. DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Carlos Egea García

<sup>11</sup> Idem.

atención del paciente, empobreciéndose cada vez más con un deterioro progresivo de su situación precaria.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante reconocer que todas las políticas relativas al desarrollo social deben asegurar el acceso de las personas con Deficiencias a los servicios de la comunidad que integra. Para tal efecto, las naciones deben reconocer e identificar el porcentaje y situación de la población que sufre de algún tipo de Deficiencia, siendo ésta plenamente caracterizada en términos de un lenguaje universal para todos los profesionales y entidades de salud.

Dentro de la legislación mundial, la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1982 y bajo la Resolución 37/52 proclamó el “Decenio de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad” y enunció el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”. Este programa busca promover medidas para la prevención y rehabilitación de la discapacidad, integrando a las personas que la padecen en procesos de participación social bajo el principio de igualdad. Aunque este Documento no sea de obligatorio cumplimiento, los países deben asumir el compromiso moral y ético que conlleva el atender a todas las personas por igual. Un aspecto importante dentro del documento es la investigación la cual debe tener en cuenta las condiciones de vida de las personas con discapacidad y los obstáculos a los que se enfrentan. Este tipo de actividades buscan integrar a la comunidad en el proceso de reconocimiento de la población

discapacitada, aquí se incluye la participación de las universidades para investigar sobre las cuestiones sociales, económicas y de participación que influyan en la vida de estas personas y sus familias.

Por otra parte en Junio de 1999 la Organización de Estados Americanos –OEA- aprobó la “Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad”, ratificada por ley 762 de 2002 del Congreso de la República de Colombia, en la que igualmente se tipifican la ejecución de programas de prevención, detección temprana, educación a la población para el respeto y convivencia de las personas con discapacidad, creando canales de participación para este grupo poblacional y las organizaciones que los representan.

### **3.2.2. CONTEXTO DE LAS DEFICIENCIAS EN COLOMBIA**

En Colombia, el marco legal sobre Discapacidad se inicia a partir de la Constitución Política de 1991, en la cual se generan disposiciones frente a la protección, atención, apoyo e integración social de las personas con discapacidad como por ejemplo el Artículo 47, el cual proclama que: “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”.

En el año de 1993 se reforma el sector salud mediante la expedición de la Ley 100 la cual procura crear en Colombia, un “Sistema de Seguridad Social Integral”. En concordancia con las disposiciones del sector salud, esta Ley proyecta que toda la población este cubierta en lo relacionado con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención y recuperación; establece además, que todo discapacitado que no tenga capacidad de pago será beneficiario del Régimen Subsidiado en Salud (Art.157).

Para 1997, se define la ley 361 “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”. Constituyéndose como la piedra angular de las Políticas actuales referentes a Discapacidad. Reconoce los derechos fundamentales de estas personas, así como las obligaciones y responsabilidades del Estado para asegurar “su completa realización personal y su total integración social”; abordando aspectos como la prevención, la educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social y la accesibilidad.

Nuestro país no es ajeno a las tendencias mundiales, por lo cual en Septiembre de 2002 se desarrollo el Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad que busca “Prevenir la incidencia de la discapacidad y mejorar la calidad de vida de ésta población”. Dentro de los componentes para la intervención en discapacidad se encuentran: la Prevención (la cual se proyecta una meta que



respalda la caracterización de la población con discapacidad), la Habilitación y Rehabilitación, y la Equiparación de Oportunidades.

Se hace necesario para cumplir el Marco Legal vigente en Discapacidad, desde la perspectiva internacional hasta la nacional; Reconocer la situación actual de esta población y en especial aquella que sufre de algún tipo de Deficiencia en Colombia, siguiendo las disposiciones que existen para su caracterización e identificación de necesidades y así, con apoyo de datos estadísticos verídicos, beneficiar de manera útil a dicha población, con la designación apropiada de recursos que por Ley les corresponde.

### **3.2.3. TENDENCIAS ACTUALES EN DEFICIENCIA Y DISCAPACIDAD**

La preocupación internacional, no solo analiza la perspectiva de la discapacidad en términos de los derechos de estas personas si no que también busca que los profesionales de la salud se integren en un lenguaje común frente al diagnóstico de Discapacidades y/o Deficiencias, según sea el caso. Todo esto reflejado en la intención de la OMS (Organización Mundial de la Salud) da origen a la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), dejando de lado el término “minusvalía”, utilizado en la versión de la CIDDM de 1980, incorporando “discapacidad “ como un término genérico para las tres perspectivas: Corporal, individual y social.

La CIF ha pasado de ser una clasificación de consecuencias de enfermedades (versión de 1.980<sup>12</sup>) a una clasificación de “componentes de salud”. La CIF es neutral en relación con la etiología, quedando esta en manos de investigadores, igualmente la CIF plantea “determinantes de Salud” o factores de riesgo, partiendo desde el ambiente (factores) que describen el contexto en el que vive el individuo.

La CIF integra el modelo Médico y el modelo Social usando un enfoque Biopsicosocial, que proporcione una visión holística de las diferentes dimensiones de la salud, desde una perspectiva Biológica, individual y social, coherente con su inclusión en el grupo de clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS, que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Proporciona así, el marco conceptual para codificar un amplio rango de información y emplea un lenguaje unificado y estandarizado, que posibilita la comunicación sobre salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

Esta clasificación se convierte en una herramienta estadística y de investigación útil para la identificación de las características sanitarias propias de cualquier comunidad, al tener una aplicabilidad universal, que describe situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones, estructurando la información de modo significativo, interrelacionado y accesible.

Así, retomando lo definido en la CIF, se tiene que:

---

<sup>12</sup> Hace referencia a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

**Deficiencia:** Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida”.

**Discapacidad:** “Es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “Condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”.

Con el fin de ampliar esta última definición, en la misma CIF se define:

**Condición de Salud:** Es “Un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), traumatismo y lesión...”.

**Factores Ambientales:** Son “...todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de la persona. Incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, las reglas y las leyes”.

**Factores Personales:** Son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo, “constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su

estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas..., los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel”<sup>13</sup>

Las Deficiencias de la estructura pueden incluir anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en las estructuras corporales. Las Deficiencias han sido conceptualizadas de forma que su descripción concuerde con el nivel de conocimiento de que se dispone tanto sobre la constitución de tejidos o células como sobre la composición a nivel subcelular o molecular.

Los fundamentos biológicos de las Deficiencias han servido de guía para realizar la clasificación y se ha dejado abierta la posibilidad de que pueda ampliarse incluyendo los niveles celulares y moleculares. Las Deficiencias no son equivalentes a la patología subyacente, si no que constituyen su propia manifestación.

---

<sup>13</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS.- Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. –CIDDM-2- Borrador, Beta 2. Versión completa Ginebra, 1999

Las Deficiencias representan una desviación de alguna “norma” en el estado biomédico del cuerpo y sus funciones. La definición de sus componentes la llevan a cabo personas capacitadas para juzgar el funcionamiento físico y mental de acuerdo con las normas generalmente aceptadas.

Así pues es el fisioterapeuta el profesional idóneo para realizar esta caracterización, al conocer la aplicabilidad de estos conceptos en la repercusión de la independencia funcional del individuo, analizando su participación en la adquisición de una posible discapacidad. Igualmente basados en este primer paso puede generar estrategias de intervención que se ajusten a la comunidad, para modificar factores que influyan de manera contraproducente en la rehabilitación del individuo que tiene una Deficiencia, logrando su integración familiar, social y laboral.

Las Deficiencias pueden ser temporales o permanentes; Progresivas, regresivas o estáticas; Intermitentes o continuas. La desviación de la norma puede ser leve o severa y puede fluctuar en el tiempo.

La Deficiencia es parte de un estado de salud, pero no indican necesariamente que la enfermedad esté presente o que el individuo deba ser considerado enfermo. El concepto de Deficiencias es más amplio, e incluye más aspectos, que el de trastorno o el de enfermedad; por ejemplo, la pérdida de una pierna es una Deficiencia, no un trastorno o una enfermedad.

Las Deficiencias pueden derivar en otras Deficiencias; por ejemplo, la disminución de fuerza muscular puede causar una Deficiencia en las funciones de movimiento, los déficit de las funciones respiratorias pueden afectar al funcionamiento cardiaco, y una percepción deficitaria puede afectar a las funciones del pensamiento. Estas Deficiencias están incluidas por la CIF, en el primer nivel de clasificación. Para la presente investigación se tienen en cuenta los siguientes tipos de Deficiencias relacionadas con el movimiento:

- ♿ DEFICIENCIAS MUSCULOESQUELÉTICAS: cualquier alteración que afecte las funciones y/o estructuras Musculoesqueléticas (músculos, tendones, ligamentos, articulaciones y/o huesos), relacionadas con el movimiento.
- ♿ DEFICIENCIAS NEUROLÓGICAS: cualquier alteración que afecte las funciones y/o estructuras Neurológicas (sistema nervioso central y/o periférico), relacionadas con el movimiento.

Los subtipos de Deficiencias para la presente investigación se reportan en el Anexo C.

Al hablar de Deficiencia debe tenerse en cuenta que esta condición de salud puede presentarse en cualquier persona, ya sea que nazca con ella o que la adquiera en alguna etapa de su ciclo vital, puede estar suscitada por múltiples factores que rodean el individuo entre ellos: factores genéticos, hereditarios,

ambientales, sociales, económicos, accidentales y otros como los acontecidos por desastres naturales o factores muy comunes en nuestro país; mas aun en el área en la que habita la población estudio como son los ocurridos por los conflictos armados y el terrorismo.

La presencia de una Deficiencia necesariamente implica una causa; Sin embargo, la causa puede no ser suficiente para explicar la Deficiencia resultante. Además, cuando existe una Deficiencia, también existe una disfunción en las funciones o estructuras del cuerpo que puede estar relacionada con cualquier enfermedad, trastorno o estado físico.

La OMS deja de lado el concepto de minusvalía que rotulaba y separaba de la sociedad a la población señalada como tal, para replantear el termino discapacidad, presentándola “no como un problema de un grupo minoritario, ni tampoco de personas con una Deficiencia visible o inmovilizados en una silla de ruedas. La CIF tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad y brinda mecanismos para documentar la repercusión del entorno social y físico en el funcionamiento del sujeto”.<sup>14</sup>

Igualmente la OMS “estima que cada año se pierden nada menos que unos 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de

---

<sup>14</sup> Comunicado de prensa OMS/48. Por medio del cual se hace pública la nueva clasificación adoptada. Ginebra, 15 de Noviembre de 2001

salud”,<sup>15</sup> es decir secundarias a Deficiencias estructurales y/o funcionales.

Si se tiene en cuenta esta apreciación, es claro que el contexto de las personas influye sobre su calidad de vida, ya sea de manera facilitadora o como una barrera, mas aún se observa esta repercusión en la población que sufre Deficiencias y quienes ya tienen una condición de salud, la cual es agravada por los factores contextuales que pueden ocasionar una discapacidad, no solo como consecuencia de las alteraciones estructurales y/o funcionales que pueda padecer, si no también por el medio ambiente o la sociedad que limita en mayor o menor grado el desempeño de la población con Deficiencias.

A la luz de este contexto, otros entes internacionales como la ONU (Organización de Naciones Unidas), proponen grupos temáticos para abordar la información sobre discapacidad en los censos de población, en las encuestas y registros continuos, los cuales son:

1. Presencia de Deficiencias
2. Presencia de Limitaciones
3. Causas de las Deficiencias
4. Características sociales, económicas y del medio
5. Distribución y utilización de servicios y apoyos.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> ONU. Manual de Elaboración de Información Estadísticas para Políticas y Programas relativos a personas



### 3.2.4. INVESTIGACIONES SOBRE DISCAPACIDAD

Bajo estos paradigmas, el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) recopiló los enfoques aplicados para producir información sobre discapacidad, encontrando que: “en Colombia se introdujo por vez primera la variable discapacidad en el Censo de Población de 1.993, la cual arrojó un total de 593.618 personas censadas con discapacidad – una prevalencia de apenas 1.85% - manteniendo esta tasa, hoy serian 813.000 las personas afectadas. La estructura de la pregunta se dirigió a determinar la presencia de la discapacidad desde el enfoque de la Deficiencia en estructuras corporales y de algunas funciones.”<sup>17</sup>

“En el Sistema Nacional de Información del estudio realizado por la Universidad Javeriana, en 1995 se señala que el 23,8% de la población tiene alguna discapacidad; el Ministerio de Salud con base en el estimativo del 12%, tenido como referente internacional, estima que cerca de cuatro millones y medio de personas presentan algún tipo de limitación”.<sup>18</sup>

Existen algunos ejemplos de la información obtenida sobre Deficiencia y discapacidad en el país, entre ellos los estudios realizados en el Departamento de Caldas (Municipio de Manizales) y en el departamento del Valle del Cauca.

---

con discapacidad. New York 1997.

<sup>17</sup> DANE. Propuesta para la captación de información sobre discapacidad. Encuentro interinstitucional. Censos de Población y Vivienda 2003. Población con discapacidad. Bogota, Mayo de 2002.

<sup>18</sup> Cifras tomadas del Plan y de los “Lineamientos de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad en Bogotá, D.C.”.

“El censo de 1993 arrojó datos oficializados a finales de 1996. En Colombia de 32.131.721 habitantes para esta fecha, 581.813 personas poseen algún tipo de discapacidad distribuidas así: Ceguera 234.916, sordera: 169.528, mudez: 41.368, retraso o Deficiencia mental: 13,270, parálisis o ausencia de miembros superiores: 60.727, de miembros inferiores: 62,004. En Caldas de 880.770 personas 15.174 tienen algún tipo de discapacidad: ceguera: 5.447, sordera: 4.702, mudez: 1,147, retraso mental: 3.129, parálisis o ausencia de miembros superiores: 1402, parálisis de miembros inferiores: 1.564.

En Manizales (estudio desarrollado por la Consejería Presidencial de la Política Social, La Universidad Javeriana y la Secretaría de Salud y Seguridad Social, para un muestreo de los estratos 1,2 y 3.), algunos de los resultados citados en el texto en mención indican que:

- Un 25,8% de la población sufre por lo menos una discapacidad
- Un 24,6% de los discapacitados no trabaja
- Un 25,6% son empleados remunerados
- Un 18% estudia, es decir no se aleja del sistema educativo
- Un 1,4% ayuda en varias funciones, pero no son remunerados
- La mayoría de las personas que poseen alguna discapacidad se encuentran en edad productiva (25-45 años)

- La mayor incidencia es la discapacidad visual, seguida de trastornos orgánicos, ocupando el tercer puesto las discapacidades motoras.
- Se encuentran más discapacitados en los estratos 2 y 3 que en el 1".<sup>19</sup>

Recientemente, la investigación sobre "Prevalencia de Discapacidad en el Valle del Cauca", realizada a través de una muestra de 10.093 personas pertenecientes a 2.178 hogares de 14 municipios, arrojó entre otros resultados, que existe "Una prevalencia de Deficiencia de 6.98% y de discapacidad de 3.99%". "En 27.5% de los hogares hay una o más personas con Deficiencia; de éstos 17.2% son personas con discapacidad", y el 67.5% de la población con discapacidad está en edad de trabajar".<sup>20</sup> El porcentaje de personas con discapacidad en este estudio, es semejante al 20.4% registrado en el Departamento del Quindío.<sup>21</sup>

En este estudio se confirma el concepto de la relación existente entre Pobreza y Discapacidad, lo que agrava aún más la situación de ésta población, "Las Necesidades Básicas Insatisfechas son un factor que puede estar asociado como causa o consecuencia de la discapacidad. Por un lado, las familias social y

---

<sup>19</sup> AGUDELO, Martínez Ayda Zulamy y otras "Caracterización de la situación laboral y de las barreras arquitectónicas y urbanísticas que limitan el desplazamiento al sitio de trabajo, según el grado de dificultad que ofrecen estas a las personas con discapacidad de locomoción, que pertenecen a fraternidad y la asociación de personas con discapacidad, junio de 1988.en la ciudad de Manizales.

<sup>20</sup> Secretaría de Salud Departamental del Valle- Universidad del Valle: "Prevalencia de Discapacidad en el Departamento de Valle del Cauca". Cali, Agosto 2001. la muestra es representativa para la población urbana de los estratos 1 y 2 de los municipios del resto del departamento. La secretaria de salud pública municipal de Cali realizó en 1998 un Censo por convocatoria y estableció la ubicación geográfica de las personas con discapacidad; la tasa de Prevalencia registrada para discapacidad fue de 4.6% y el estudio fue publicado en Enero de 2000.

<sup>21</sup> Encuesta realizada por el instituto seccional de Salud en 2001, reportada en el Plan Estratégico *Atención a las personas con discapacidad*, 2002 – 2010. Red de Apoyo Territorial de Atención a las personas con discapacidad en el departamento del Quindío. Armenia, Junio de 2002.

económicamente deprimidas, presentan una mayor exposición a los factores que ocasionan la discapacidad, y por otro, la carga económica adicional que representa tener un miembro con discapacidad en la familia”

Al indagar sobre datos estadísticos de la población discapacitada en el Departamento del Cauca, en la Dirección Departamental de Salud y fuentes recomendadas por dicha institución, no se encontraron registros de ningún tipo sobre esta población. Sin embargo estudios realizados por investigadores de la Universidad del Cauca, sobre discapacidad, reportan los siguientes resultados.

En un estudio realizado con 24 niños de la Fundación Centro Especial para el niño Diferente – CENIDI<sup>22</sup>, se encontró que el 50% (n=12 niños) se ubican entre los 49 a 96 meses de edad, seguidos del 29.1% (n=7) que se encontraron entre los 10 a 48 meses, el porcentaje de niños ubicados en edades entre los 145 a 192 meses, corresponden al 12.5% (n=3). El restante 8.3% corresponde a 2 niños entre los 97 a 144 meses. En el mismo estudio se demuestra una distribución por sexo, en la que se encuentra un 79.2% (n=19) para el sexo masculino y 20.8% (n=5) para el sexo femenino.

En otras investigaciones realizadas en materia de Discapacidad en instituciones de salud del municipio de Popayán, con un total de 400 individuos distribuidos

---

<sup>22</sup>MARTINEZ, Diana. Funcionalidad y Discapacidad Física en los niños y niñas de la Fundación Centro Especial para el niño diferente (CENIDI). Popayán 2003

según el Servicio de Fisioterapia al que asistieron así: 59% (n=234 pacientes) en el Hospital de II Nivel de Atención en Salud (Hospital Susana López de Valencia) y el 41% (n=166 pacientes) en el Hospital de III Nivel de Atención en Salud, Hospital Universitario San José, se encuentra que “El 61% (n=244) corresponde a Discapacidad Osteomuscular, el 20% (80) a discapacidad neurológica y el 19% (n=76) a discapacidad Neuromusculoesquelética. Según el sexo se encontró que el 56.9% (n=139) de los hombres presentaron discapacidad Osteomuscular, mientras que en las mujeres esta se presentó en un 43% (n=105), respecto a la discapacidad neurológica, el 51.2% (n=41) de las mujeres presentó este tipo de discapacidad frente al 48.7% (n=39) de los hombres. La discapacidad Neuromusculoesquelética presentó el mismo comportamiento que la discapacidad neurológica tanto en hombres como mujeres “<sup>23</sup>.

En el estudio realizado sobre la Prevalencia de Discapacidad en la Población Desplazada en el municipio de Popayán<sup>24</sup>, se obtuvo que el 8.5% (n=64 individuos) presentan algún tipo de discapacidad, mientras que el 91.5% (n=692), no la presenta. Dentro del porcentaje de personas que colaboraron con el estudio (n=756) y que presentaron discapacidad se tiene que el 78.1% (n=50) tienen una Discapacidad Física, el 7.8% (n=5) una Discapacidad Sensorial, y el 14.1% (n=9) padecen una discapacidad Mental. Igualmente en este estudio se reporta la

---

<sup>23</sup> VERNAZA Paola, PAZ Clara Inés. Funcionamiento y Discapacidad en pacientes valorados por Fisioterapia. Popayán, Diciembre de 2003.

<sup>24</sup> LASSO Adriana, OBANDO Lady. Prevalencia de Discapacidad en la Población en situación de Desplazamiento del municipio de Popayán entre Junio y Diciembre de 2003.

procedencia de la población desplazada encontrando que el 23.3% (n=176) de la totalidad de la población en esta situación (n=756), provienen del municipio de El Tambo, seguido por Cajibío con el 20.4% (=154) y La Vega con el 5.2%(n=39). Distribución dada debido a que estos lugares son considerados Zonas Rojas por la gran Concentración de Grupos al margen de la Ley.

En el estudio sobre Discapacidad en la Población del municipio de Piendamó (Cauca)<sup>25</sup> , se incluyeron 407 hogares compuestos por 1813 personas, de las cuales solo 227 presentaron discapacidad. Se encontró que la Prevalencia de este fenómeno es del 6.1% (n=112), la discapacidad visual corresponde al 4.1% (n=76), la auditiva 1.7% (n=31), Cognitiva 1.3% (n=24), del Lenguaje 0.9% (n=18) y otra 0.3% (n=7). De acuerdo con el género, la distribución de discapacidad física, fue igual para hombres y para mujeres.

Estos estudios acercan al profesional de salud frente al problema de la discapacidad en Colombia, pero debe tenerse en cuenta que la falta de actualización y el subregistro, sumado al desinterés por investigar en este campo, agravan aún mas el desconocimiento que existe por parte de los implicados (Gobierno y población discapacitada) sobre la situación real en el territorio nacional, por lo cual se desconoce la magnitud de este problema de salud pública, debido no solo a su impacto individual, si no también en el ámbito familiar y

---

<sup>25</sup> MONTAÑA Guillermo y colaboradores. Prevalencia de Discapacidad en la población del Municipio de Piendamó Cauca, Area urbana, Enero – Abril de 2004.

colectivo; que genera mayores problemas como la disminución de la productividad, y la limitación de las personas quienes rodean al discapacitado, debido a la interacción de los factores externos e internos del individuo que posee una Deficiencia y que pueden condicionar su evolución hasta una discapacidad.

### **3.2.5.NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS**

En las últimas décadas se han realizado grandes esfuerzos para dotar al país de un sistema de indicadores sociodemográficos que permita identificar no solamente el numero de colombianos sino sus necesidades más apremiantes en materia de salud, educación, vivienda, empleo y seguridad social, entre otras. Hoy en día se cuenta con los instrumentos necesarios para medir el desarrollo de las principales variables y/o componentes de los indicadores simples y compuestos tanto para las zonas urbanas como para las rurales. Sin embargo, en razón al acelerado proceso de urbanización del país, se ha dado prioridad al manejo y difusión de indicadores para los centros urbanos, observándose cierto rezago en la producción de indicadores para el sector rural. En consecuencia, resulta difícil identificar en sus dimensiones reales las necesidades básicas no satisfechas de la población rural, o su nivel de desarrollo a escala humana y hasta la calidad de vida de los más de 11 millones de colombianos que aún viven en el campo.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Indicadores Sociodemográficos para el Sector Rural

El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) identifica la proporción de personas y/u Hogares que tienen insatisfecha alguna (una o más) de las necesidades definidas como básicas para subsistir en la sociedad a la cual pertenece el hogar. Capta condiciones de infraestructura urbana y se complementa con indicadores de dependencia económica y asistencia escolar. La unidad de medida se da en porcentajes, según los hogares o las personas.


Por definición, el NBI se fundamenta en la teoría de las Necesidades Básicas que se apoya, por un lado en la existencia de un único conjunto de necesidades humanas (por ejemplo los alimentos) que no varían en el tiempo, aunque sí varíen sus satisfactores (por ejemplo los ingresos para conseguirla); por el otro, la posibilidad de identificar un subconjunto de esas necesidades humanas como básicas, con el criterio de que su no satisfacción, durante un período prolongado de tiempo, podría llevar a la muerte de la persona.


Es el parámetro de pobreza más común; utilizado en Colombia desde 1.986, para medir el nivel e intensidad de la pobreza de los hogares de acuerdo con unas necesidades consideradas como básicas, y analizar la brecha entre los hogares, las regiones y zonas geográficas. La pobreza es uno de los principales obstáculos para el desarrollo sostenible; exige una óptima calidad del medio ambiente, el bienestar de la población y una mayor equidad.


El Departamento Nacional de Estadística DANE (1989), definió como pobres a los





hogares que no tienen satisfecha alguna de las siguientes necesidades consideradas como básicas:

 **Viviendas inadecuadas:** expresa las carencias habitacionales en cuanto a las condiciones físicas de las viviendas donde residen los hogares. En las cabeceras municipales se consideran como inadecuadas las viviendas que tienen piso de tierra. En las áreas rurales (resto) se ubican en esta categoría las viviendas con piso de tierra o material precario en las paredes.

 **Servicios inadecuados:** identifica el no acceso a condiciones sanitarias mínimas, hace referencia a servicios públicos. en las cabeceras municipales, los hogares sin agua por acueducto o sin conexión a alcantarillado o poso séptico. En el resto se ubican en esta categoría las viviendas que obtengan agua de río, manantial, acequia, lluvias y carezcan de sanitario.

 **Hacinamiento crítico:** tres (3) o más personas por cuarto, incluyendo sala, comedor, y dormitorios y excluyendo cocina, baño y garaje.

 **Alta dependencia Económica:** comprende los hogares cuyo jefe tenga un nivel educativo inferior a cuarto de primaria y tenga más de tres personas dependientes.

 Ausentismo Escolar: con al menos un niño entre los siete a once (7 a 11) años, pariente del jefe del hogar, que no asiste a un centro educativo.

Se considera que una persona u hogar se encuentra en estado de miseria cuando tiene insatisfechas más de dos (2) necesidades definidas como básicas.

Colombia en 1.993 mostró un avance en la reducción de la pobreza medida por NBI, con respecto a 1.985. los hogares presentaron una disminución en cuanto a los servicios públicos y viviendas inadecuadas. En la zona urbana se redujo la cantidad de hogares con dependencia económica, hacinamiento e inasistencia escolar y en la zona rural la disminución se presenta en los hogares, servicios públicos inadecuados y la inasistencia escolar. Esta disminución obedece en parte a la ampliación de la cobertura de servicios públicos domiciliarios y servicios educativos, en especial, en el Nivel Básico Primaria e implementación de los planes de vivienda<sup>27</sup>.

En términos relativos, entre 1985 y 1996, el número de personas con NBI o en condiciones de miseria tanto para la zona urbana, como en la rural presentan reducciones constantes aunque no satisfactorias. A partir de 1996 el índice se estabiliza e incluso, hay indicios que hacen temer por la reversión de la tendencia.

---

<sup>27</sup>Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1999, DNP-Tercer Mundo Editores. P.53, cuadro N° 27. Santafé de Bogotá.2000.

Es decir, que relativamente, la pobreza estructural ha disminuido considerablemente durante el período señalado. Con todo, la lectura de este indicador debe ser cuidadosa por cuanto, si bien permite una mirada positiva en términos del PIB como proporción del gasto social y el crecimiento económico, no refleja la intensidad ni la distribución de la pobreza. Es decir, qué tan pobres son los pobres y qué grado de desigualdad existe entre ellos. Además, medida por NBI la acción del Estado sobre las familias más pobres, traería serios problemas de inclusión y exclusión, es decir, pueden producirse graves errores en la focalización de los recursos para distribuir entre los más pobres. De hecho, según se puede colegir de algunas investigaciones<sup>28</sup> que comparan la pobreza medida por NBI con el índice basado en ingresos, se encontró que uno de cada tres pobres absolutos por ingresos, lo serían según necesidades básicas insatisfechas. Esto explica por que aun el importante aumento en el gasto social durante los últimos años la pobreza en Colombia no cede e incluso tiende a crecer en las zonas rurales.<sup>29</sup>

“En relación con la repercusión de la discapacidad frente al riesgo de Pobreza, los hallazgos del estudio de Prevalencia del Valle<sup>30</sup> corroboran las conclusiones del Informe de Pobreza en Colombia (Vélez et al 2002): La variable Deficiencia resulta

---

<sup>28</sup> Misión Rural. La pobreza rural. IICA-Tercer Mundo Editores. 1998. Misión Social. Informes de Desarrollo Humano Para Colombia, 1998 y 1999. VÉLEZ, Eduardo. Gasto Social y Desigualdad. Departamento Nacional de Planeación – Misión Social. 1996.

<sup>29</sup> Indicadores Sociodemográficos para el Sector Rural

<sup>30</sup> Secretaría de Salud Departamental del Valle- Universidad del Valle: “Prevalencia de Discapacidad en el Departamento de Valle del Cauca”. Cali, Agosto 2001. la muestra es representativa para la población urbana de los estratos 1 y 2 de los municipios del resto del departamento. La secretaria de salud pública municipal de Cali realizó en 1998 un Censo por convocatoria y estableció la ubicación geográfica de las personas con discapacidad; la tasa de Prevalencia registrada para discapacidad fue de 4.6% y el estudio fue publicado en Enero de 2000.

estadísticamente significativa al medir la proporción de hogares pobres según NBI, con un valor de 7 puntos porcentuales por encima para los hogares con presencia de Deficiencia. Al desagregar por indicadores simples son estadísticamente significativas las diferencias para condiciones inadecuadas de la vivienda y hacinamiento crítico, variables relacionadas directamente con la capacidad de ahorro de las Familias”.<sup>31</sup> Deben reconocerse igualmente las dificultades que presenta esta población, por ejemplo: mayor restricción para la incorporación al sistema educativo y laboral, así como problemas para la accesibilidad y la participación.

Es así como debe tenerse en cuenta que: “Las medidas más importantes para la prevención de la Deficiencia son: supresión de la guerra; mejora de la situación educativa, económica y social de los grupos menos favorecidos; identificación de los tipos de Deficiencias y de sus causas dentro de zonas geográficas definidas; introducción de medidas de intervención específicas gracias a mejores prácticas de nutrición; mejora de los servicios sanitarios, servicios de detección temprana y diagnóstico; atención prenatal y postnatal; educación apropiada en materia de cuidado sanitario, incluida la educación de los pacientes y los médicos, planificación familiar, legislación y reglamentación; modificación de los estilos de vida; servicios de empleo selectivo; educación relativa a peligros ambientales; y estímulo a una mejor información y al fortalecimiento de familias y comunidades

---

<sup>31</sup> Bases para la Formación de Política Pública en Discapacidad. Presidencia de la República. Consejería Presidencial de Programas Especiales – CPPE-. Red de Solidaridad Social. Periodo 2003-2006

(...) Entre las estrategias más importantes para la prevención de la Deficiencia deben adoptarse medidas para detectar lo antes posible los síntomas y señales de Deficiencia, seguidas inmediatamente de las medidas curativas o correctoras necesarias que puedan evitar la discapacidad o, por lo menos, producir reducciones apreciables de su gravedad, y que puedan evitar asimismo que se convierta en ciertos casos en una condición permanente. Para la detección temprana es importante asegurar una educación y orientación adecuadas de las familias y la prestación de asistencia técnica a las mismas por los servicios médicos y sociales”.<sup>32</sup>

Con base en estos argumentos se plantea la necesidad de caracterizar a la población con Deficiencias en las Funciones y/o Estructuras Musculoesqueléticas o Neurológicas relacionadas con el movimiento; para identificar su situación real, determinando la magnitud del impacto que tienen las Necesidades Básicas Insatisfechas sobre la calidad de vida del individuo que presenta Deficiencias, en el municipio de El Tambo – Cauca.

---

<sup>32</sup> <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/lex>. Marzo 10 de 2004. DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Carlos Egea García

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

La investigación planteada para la Caracterización de la población con Deficiencias en el municipio de El Tambo – Cauca en el año 2002, corresponde a un estudio de tipo RETROSPECTIVO – DESCRIPTIVO.

### **4.2. UNIVERSO**

El Universo corresponde a la totalidad de la población reportada en el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en el Tambo Cauca, correspondiente a 650 individuos.

### **4.3. MUESTRA**

La muestra correspondió al número de personas que presentaron Deficiencias en las Funciones y/o Estructuras Musculoesqueléticas o Neurológicas relacionadas con el movimiento, reportada en el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía

Municipal y el Hospital Nivel I en el Tambo Cauca, los que fueron depurados según el total de la población censada. Cumplieron con los criterios de Inclusión 202 individuos.

#### **4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION**

- Población que haya sufrido para el año 2002 algún tipo de Deficiencia funcional y/o estructural y cuya residencia sea el Municipio de El Tambo – Cauca.
- Población registrada en el Censo Municipal de personas con Discapacidad aplicado en el año 2002 en El Tambo Cauca.

#### **4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Encuestas del Censo Municipal de personas con Discapacidad aplicado en el año 2002 en El Tambo Cauca, diligenciadas de forma incompleta o incorrecta.
- Individuos mayores de 75 años.

#### **4.4. VARIABLES**

Las variables que se tuvieron en cuenta para el presente estudio según los objetivos fueron:

#### **4.4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

- Sexo
- Edad
- Ocupación
- Tipo de Seguridad Social en Salud
- Actividad Económica Principal
- Ingresos

#### **4.4.2. SEGÚN LAS DEFICIENCIAS**

- Tipo de Deficiencia
- Localización de la Deficiencia

#### **4.4.3. NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS**

- Cabeza de Familia
- Escolaridad del cabeza de familia
- Condición de Propiedad de la vivienda
- Estructura de la Vivienda
- Servicios básicos de la vivienda
- Grado de Hacinamiento
- Atención en Salud

La Operacionalización de Variables se encuentra en el Anexo D



Para el desarrollo del estudio sobre la Caracterización de la población con Deficiencias en las Funciones y/o Estructuras Musculoesqueléticas o Neurológicas relacionadas con el movimiento, se realizó una Revisión, Transcripción y sistematización de la información obtenida del instrumento utilizado, es decir, el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en el Tambo Cauca. La información recogida fue sistematizada en el Paquete estadístico SPSS Versión 11.0.

Se realizó estadística descriptiva por medio de un Análisis Univariado y Bivariado de las variables del estudio. Las Estadísticas Descriptivas fueron presentadas en tablas que contienen información sobre la frecuencia de las distintas características de los sujetos de la muestra.

#### **4.4. CONSIDERACIONES ETICAS:**

El desarrollo del estudio esta enmarcado por la estructura de la eticidad humana, en los principios de: Inviolabilidad (no se divulga el nombre de las personas que hacen parte del registro y se manipularon los datos únicamente con fines investigativos), Universalidad (se respeta el derecho a la intimidad de todas las personas), No maleficencia (el estudio no busca perjudicar a ninguna persona, por el contrario con el desarrollo de esta caracterización se revelará una realidad para que los entes encargados puedan reconocer las necesidades de la población con

Deficiencias estructurales y /o funcionales del municipio de El Tambo) y Justicia porque se busca que se integre dentro del desarrollo del municipio de El Tambo – Cauca a esta población, reconociendo el derecho a la igualdad que debe primar para todos los ciudadanos, estén bajo estas condiciones de discapacidad o no.

## 5. RESULTADOS

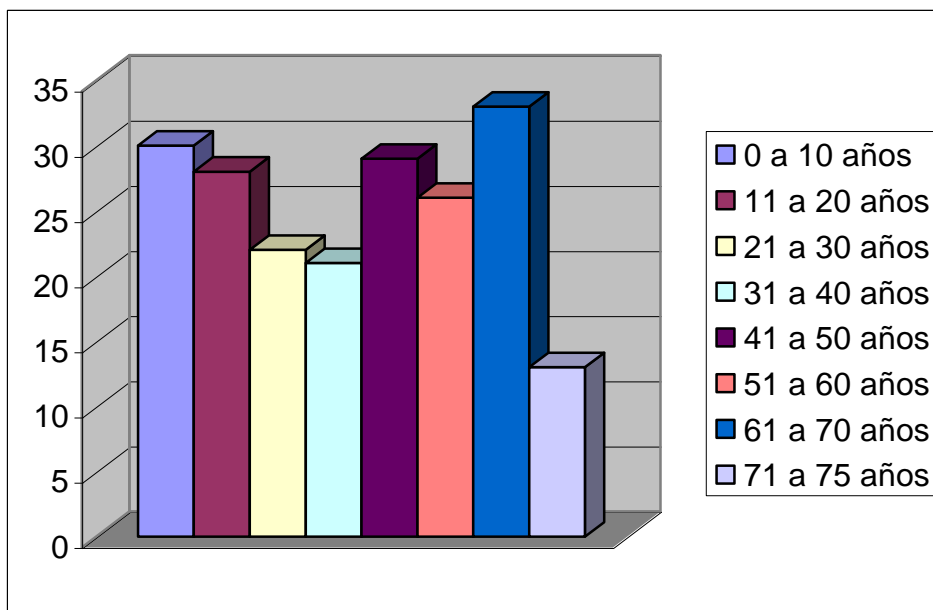
### 5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El análisis del Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo Cauca arrojó los siguientes resultados de acuerdo a las características Sociodemográficas de la población estudio:

**Tabla N°1. Distribución de Frecuencia por grupos de edad de la población estudio reportada en el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo Cauca**

<b>EDAD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
De 0 a 10 años	30	14.9
De 11 a 20 años	28	13.9
De 21 a 30 años	22	10.9
De 31 a 40 años	21	10.4
De 41 a 50 años	29	14.4
De 51 a 60 años	26	12.9
De 61 a 70 años	33	16.3
De 71 a 75 años	13	6.4
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

**Grafico N°1. Distribución de Frecuencia por grupos de edad de la población estudio reportada en el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo Cauca**



En la tabla N°1 se observó que el rango de edad que con mayor frecuencia presentó deficiencias fue el comprendido entre 61 a 70 años con un 16.3% (n=33), seguido por el rango correspondiente a las edades entre los 0 a 10 años con el 14.9% (n=30). Posteriormente se encuentra el grupo entre 41 y 50 años con el 14.4% (n=29), seguido por la población reportada entre los 11 a 20 años correspondientes al 13.9% (n=28).

**Tabla N° 2. Características Sociodemográficas de la población con Deficiencias Físicas reportada en el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo Cauca**

	GENERO				n = 202	
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	%
<b>EDAD</b>	n	%	n	%	TOTAL	%
De 0 a 10 años	20	26.7	10	7.9	30	14.9
De 11 a 20 años	9	12.0	19	15.0	28	13.9
De 21 a 30 años	7	9.3	15	11.8	22	10.9
De 31 a 40 años	5	6.7	16	12.6	21	10.4
De 41 a 50 años	8	10.7	21	16.5	29	14.4
De 51 a 60 años	11	14.7	15	11.8	26	12.9
De 61 a 70 años	11	14.7	22	17.3	33	16.3
De 71 a 75 años	4	5.3	9	7.1	13	6.4
<b>OCUPACIÓN ACTUAL</b>						
Labores domésticas	1	1.3	1	0.8	2	1.0
Estudiante	6	8.0	7	5.5	13	6.4
Desempleado	39	52.0	68	53.5	107	53.0
Ninguna	21	28.0	13	10.2	34	16.8
Trabajador dependiente	3	4.0	13	10.2	16	7.9
Trabajador independiente	5	6.7	25	19.7	30	14.9
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>						
Contributivo	0	0.0	1	0.8	1	0.5
Subsidiado	44	58.7	72	56.7	116	57.4
Vinculado	31	41.3	54	42.5	85	42.1
<b>INGRESOS MENSUALES</b>						
0 a \$100.000	70	93.3	116	91.3	186	92.1
100.000 a 200.000	5	6.7	7	5.5	12	5.9
200.000 a 300.000	0	0.0	3	2.4	3	1.5
400.000 y más	0	0.0	1	0.8	1	0.5
<b>DEFICIENCIA</b>						
Deficiencias Neurológicas	27	36.0	48	37.8	75	37.1
Deficiencia Musculoesquelética	43	57.3	67	52.8	110	54.5
Otras Deficiencias de difícil clasificación	5	6.7	12	9.4	17	8.4
<b>HA RECIBIDO ATENCIÓN EN SALUD</b>						
Si	20	26.7	33	26.0	53	26.2
No	55	73.3	94	74.0	149	73.8
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>37.1</b>	<b>127</b>	<b>62.9</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

En la Tabla N°2 se puede observar que el 37.1% (n=75) de la población estudio correspondió al Género Femenino y el 62.9% (n=127) al Género Masculino, el grupo de edad con mayor frecuencia para las mujeres fue el comprendido entre los 0 a 10 años con el 26.7% (n=20) contrario para el grupo de hombres en el que se encontró que la mayor frecuencia se ubicó en el grupo de 61 a 70 años con el 17.3% (n=22). Según la ocupación, el 52% (n=39) de las mujeres con deficiencias físicas se encontró en situación de desempleo. Igual realidad se observó en el Género Masculino con el 53.5% (n=68) de la totalidad de los hombres reportados en el Censo. En cuanto al tipo de Seguridad Social según el género de la población con deficiencias físicas, se estimó que el 58.7% (n=44) de las mujeres pertenecían al régimen Subsidiado, con una distribución similar para los hombres con el 56.7% (n=72). Con respecto al valor de los ingresos, el 93.3% (n=70) de las mujeres, y el 91.3% (n=116) de los hombres, reportaron entradas mensuales inferiores a los \$100.000. Según la distribución observada para el tipo de deficiencia, se evidenció que el 57.3% (n=43) de las mujeres y el 52.8% (n=67) de los hombres, padecían deficiencias Musculoesqueléticas. El 73.3% (n=55) de las mujeres y el 74% (n=94) de los hombres no recibió atención en salud.

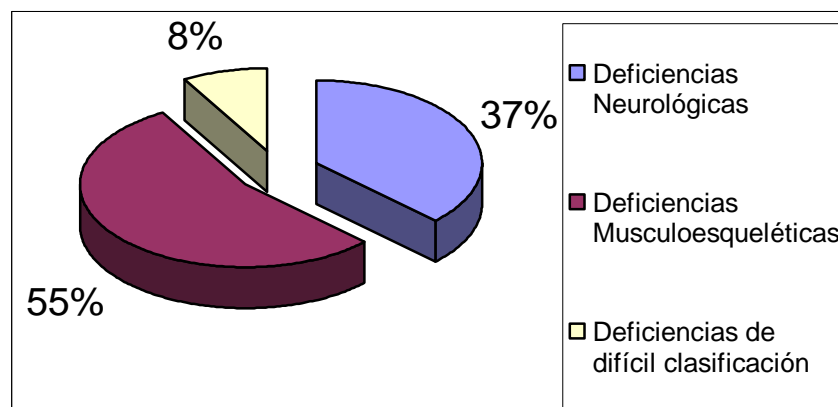
## 5.2. TIPO DE DEFICIENCIA

Los resultados del presente estudio de acuerdo al tipo de deficiencia fueron los siguientes:

**Tabla N° 3. Distribución de Frecuencias del Tipo de Deficiencias de la población estudio según funciones y/o estructuras relacionadas con el Movimiento.**

<b>TIPO DE DEFICIENCIA EN ESTRUCTURAS Y/O FUNCIONES RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Deficiencias Musculoesqueléticas	110	54
Deficiencias Neurológicas	75	37
Otras Deficiencias de difícil clasificación	17	8
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

**Gráfico N°2. Distribución Porcentual del Tipo de Deficiencias de la población estudio según funciones y/o estructuras relacionadas con el Movimiento**



En la tabla N°3 se encontró que el 54% (n=110) de la totalidad de la población estudio (n=202), padecía Deficiencias de tipo Musculoesquelético, el 37% (n=75) deficiencias Neurológicas y el 8% (n=17) otras deficiencias de difícil clasificación. Los subtipos de Deficiencias para la presente investigación se reportan en el Anexo B.



**Tabla N°4. Distribución de frecuencia del tipo de Deficiencia Física por grupos de edad**

EDAD	TIPO DE DEFICIENCIA						TOTAL	%
	Deficiencias Neurológicas		Deficiencias Músculo-esqueléticas		Otras Deficiencias de difícil clasificación			
	n	%	n	%	n	%		
De 0 a 10 años	11	14.7	18	16.4	1	5.9	30	14.9
De 11 a 20 años	11	14.7	16	14.5	1	5.9	28	13.9
De 21 a 30 años	12	16.0	9	8.2	1	5.9	22	10.9
De 31 a 40 años	7	9.3	10	9.1	4	23.5	21	10.4
De 41 a 50 años	11	14.7	15	13.6	3	17.6	29	14.4
De 51 a 60 años	8	10.7	15	13.6	3	17.6	26	12.9
De 61 a 70 años	13	17.3	18	16.4	2	11.8	33	16.3
De 71 a 75 años	2	2.7	9	8.2	2	11.8	13	6.4
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>37.1</b>	<b>110</b>	<b>54.5</b>	<b>17</b>	<b>8.4</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Al analizar la distribución del tipo de deficiencias según la edad, se percibió que el 54.5% (n=110) de la totalidad de la población estudio, padecía Deficiencias Musculo-esqueléticas, presente en los grupos de 0 a 10 años con el 16.4% (n=18), y de 61 a 70 años con igual porcentaje. Las deficiencias de tipo Neurológico siguieron en orden de frecuencia con el 37.1% (n=75), de las cuales, el 17.3% (n=13) correspondieron al rango de edades entre los 61 a 70 años. Las deficiencias de difícil clasificación correspondieron al 8.4% (n=17) de la totalidad de la población estudio. (Tabla N°4)

**Tabla N°5. Localización corporal de las Deficiencias en las Funciones y/o Estructuras relacionadas con el Movimiento de la población estudio**

LOCALIZACIÓN DE LA DEFICIENCIA	TIPO DE DEFICIENCIA						TOTAL	%
	Deficiencias Neurológicas		Deficiencias Músculo-esqueléticas		Otras Deficiencias de difícil clasificación			
	n	%	N	%	n	%		
Un Miembro Superior	8	10.7	38	34.5	1	5.9	47	23.3
Ambos Miembros Superiores	1	1.3	4	3.6	0	0.0	5	2.5
Un Miembro Inferior	12	16.0	38	34.5	8	47.1	58	28.7
Ambos Miembros Inferiores	20	26.7	18	16.4	2	11.8	40	19.8
Un Hemicuerpo	21	28.0	3	2.7	0	0.0	24	11.9
Ambos Hemicuerpos	13	17.3	8	7.3	4	23.5	25	12.4
Columna Vertebral	0	0.0	1	0.9	2	11.8	3	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>37.1</b>	<b>110</b>	<b>54.5</b>	<b>17</b>	<b>8.4</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

La localización de la deficiencia corresponde a la estructura y/o función específica, comprometida en cada caso, es decir, la alteración puede manifestarse en un miembro superior o en ambos, un miembro inferior o ambos, un hemicuerpo (mitad del cuerpo ubicada a la derecha o izquierda de el plano sagital) o ambos hemicuerpos en caso de que el compromiso este presente en ambos lados. La deficiencia también puede localizarse en Columna Vertebral. De acuerdo a la Tabla N°5, se apreció que para las deficiencias de tipo Musculo-esquelético, la mayor frecuencia en cuanto a la localización fue en un miembro superior y un miembro inferior, cada uno con un 34.5% (n=38). La localización de las

deficiencias Neurológicas, se encontró con mayor frecuencia en un Hemicuerpo con el 28% (n=21). Las deficiencias de difícil clasificación tuvieron una mayor frecuencia de localización en un miembro inferior 47.1% (n=8).

**Tabla N°6. Atención en salud de la población con Deficiencias Físicas reportada en el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo Cauca**

RECIBIÓ ATENCIÓN EN SALUD	TIPO DE DEFICIENCIA						TOTAL	
	Deficiencias Neurológicas		Deficiencias Músculo- esqueléticas		Otras Deficiencias de difícil clasificación		L	%
	n	%	N	%	n	%		
Si	24	32.0	25	22.7	4	23.5	53	26.2
No	51	68.0	85	77.3	13	76.5	149	73.8
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>37.1</b>	<b>110</b>	<b>54.5</b>	<b>17</b>	<b>8.4</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Según la tabla N°6 el 73.3% (n=85) de los individuos con deficiencias Musculo-esqueléticas, el 68% (n=51) con deficiencias Neurológicas y el 76.5% (n=13) de los individuos con deficiencias de difícil clasificación, manifestaron no haber recibido atención en salud.

**Tabla N°7. Características ocupacionales y económicas de la población con Deficiencias Físicas reportada en el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo Cauca**

	TIPO DE DEFICIENCIA						TOTAL	%
	Neurológica		Músculo-esquelética		Difícil clasificación			
	N	%	n	%	n	%		
<b>OCUPACION ACTUAL DE LA PERSONA CON DEFICIENCIA</b>								
Labores domésticas	0	0.0	2	1.8	0	0.0	2	1.0
Estudiante	1	1.3	12	10.9	0	0.0	13	6.4
Desempleado	46	61.3	49	44.5	12	70.6	107	53.0
Ninguna	18	24.0	15	13.6	1	5.9	34	16.8
Trabajador dependiente	4	5.3	11	10.0	1	5.9	16	7.9
Trabajador independiente	6	8.0	21	19.1	3	17.6	30	14.9
<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL</b>								
Agricultura	67	89.3	100	90.9	10	58.8	177	87.6
Porcicultura	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.5
Comercio	3	4.0	2	1.8	1	5.9	6	3.0
Ayuda de Familiares	3	4.0	6	5.5	5	29.4	14	6.9
Ayuda de Instituciones	1	1.3	0	0.0	1	5.9	2	1.0
Caridad	1	1.3	1	0.9	0	0.0	2	1.0
<b>INGRESOS MENSUALES</b>								
0 a 100.000	63	84.0	108	98.2	15	88.2	186	92.1
100.000 a 200.000	9	12.0	1	0.9	2	11.8	12	5.9
200.000 a 300.000	2	2.7	1	0.9	0	0.0	3	1.5
400.000 y más	1	1.3	0	0.0	0	0.0	1	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>37.1</b>	<b>110</b>	<b>54.5</b>	<b>17</b>	<b>8.4</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

De acuerdo a la ocupación de la Población estudio se observó que: el 44.5% (n=49) de las personas que padecían deficiencias Musculoesqueléticas, el 61.3% (n=46) de la población con deficiencias Neurológicas y el 70.6% (n=12) correspondientes a las deficiencias de difícil clasificación, eran desempleados. En cuanto a la actividad económica se analizó que para las tres categorías de Deficiencias, la vocación económica principal de la población estudio era la Agricultura, con el 90.9% (n=100) para los individuos con deficiencias Musculoesqueléticas, 89.3% (n=67), deficiencias neurológicas y un 58.8% (n=10) para la población con deficiencias de difícil clasificación. La frecuencia relativa a los ingresos mensuales tuvo una distribución similar que la actividad económica principal, encontrando que la mayoría de personas con deficiencias físicas, es decir el 98.2% (n=108) de las personas con deficiencias Musculoesqueléticas; 84% (n=63) de los relacionados con deficiencias neurológicas, y el 88.2% (n=15) correspondientes a las deficiencias de difícil clasificación, afirmaron tener ingresos mensuales inferiores de \$100.000. (Tabla N°7)

### 5.3. NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS

Los resultados del presente estudio de acuerdo a las Necesidades Básicas Insatisfechas fueron:

**Tabla N°8. Parentesco y Nivel educativo de la persona cabeza de familia de los hogares de la población estudio según Tipo de Deficiencia.**

	TIPO DE DEFICIENCIA						n = 202	
	Deficiencias Neurológicas		Músculo-esqueléticas		Otras Deficiencias de difícil clasificación			
<b>CABEZA DE FAMILIA</b>	n	%	N	%	n	%	<b>TOTAL</b>	%
Padre	25	33.3	30	27.3	6	35.3	61	30.2
Madre	13	17.3	17	15.5	1	5.9	31	15.3
Hermanos	4	5.3	3	2.7	0	0.0	7	3.5
Abuelos	2	2.7	1	0.9	0	0.0	3	1.5
Hijo	8	10.7	6	5.5	1	5.9	15	7.4
Otro	2	2.7	2	1.8	0	0.0	4	2.0
Persona con Deficiencia	15	20.0	41	37.3	6	35.3	62	30.7
Cónyuge de la persona con deficiencia	6	8.0	10	9.1	3	17.6	19	9.4
<b>ESCOLARIDAD DEL CABEZA DE FAMILIA</b>								
Primaria completa	8	10.7	15	13.6	1	5.9	24	11.9
Primaria Incompleta	33	44.0	43	39.1	10	58.8	86	42.6
Secundaria	3	4.0	3	2.7	1	5.9	7	3.5
Media Vocacional	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.5
Sin escolaridad	31	41.3	48	43.6	5	29.4	84	41.6
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>37.1</b>	<b>110</b>	<b>54.5</b>	<b>17</b>	<b>8.4</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

En la tabla N°8 al determinar quien era el cabeza de familia, se pudo establecer que en el 37.3% (n=41) de los hogares de las personas con deficiencias Musculoesqueléticas, era la misma persona con la deficiencia quien asumía esta condición, en el 33.3% (n=25) de los hogares de las personas con deficiencias Neurológicas era el padre quien asumía este rol y en los hogares de las personas con Deficiencias de difícil clasificación, con iguales valores 35.3% (n=6) se encontró tanto a los padres como a las mismas personas que padecían la deficiencia desempeñando este papel. Según el nivel de estudios, el 43.6% (n=48) de las personas cabezas de familia de los hogares de la población con deficiencias Musculoesqueléticas, afirmaron no tener escolaridad. Para la población con deficiencias neurológicas y de difícil clasificación la mayor frecuencia se dió para la categoría de primaria incompleta con el 44% (n=33) y el 58.8% (n=10) respectivamente.



**Tabla N° 9. Necesidades Básicas Insatisfechas de la población con Deficiencias físicas, reportada en el Censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en El Tambo Cauca**

TIPO DE DEFICIENCIA								
CONDICIÓN DE PROPIEDAD DE LA VIVIENDA	Deficiencias Neurológicas		Deficiencias Músculo-esqueléticas		Otras Deficiencias de difícil clasificación		n = 202	
	n	%	n	%	n	%	TOTAL	%
Propia	54	72.0	88	80.0	8	47.1	150	74.3
Arrendada	5	6.7	7	6.4	3	17.6	15	7.4
Familiar	10	13.3	12	10.9	3	17.6	25	12.4
Otro	6	8.0	3	2.7	3	17.6	12	5.9
<b>ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA</b>								
Ladrillo	29	38.7	40	36.4	3	17.6	72	35.6
Bahareque	28	37.3	50	45.5	8	47.1	86	42.6
Madera	3	4.0	7	6.4	1	5.9	11	5.4
Adobe	1	1.3	5	4.5	2	11.8	8	4.0
Barro	14	18.7	6	5.5	3	17.6	23	11.4
Guadua	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.5
Piedra	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.5
<b>SERVICIOS BÁSICOS</b>								
Agua	13	17.3	23	20.9	4	23.5	40	19.8
Energía	8	10.7	16	14.5	3	17.6	27	13.4
Agua y Alcantarillado	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.5
Agua y Energía	49	65.3	62	56.4	10	58.8	121	59.9
Agua, Energía y Alcantarillado	0	0.0	2	1.8	0	0.0	2	1.0
Ninguno	5	6.7	6	5.5	0	0.0	11	5.4
<b>GRADO DE HACINAMIENTO</b>								
1 persona por habitación	10	13.3	21	19.1	4	23.5	35	17.3
2 personas por habitación	34	45.3	51	46.4	11	64.7	96	47.5
3 personas por habitación	16	21.3	18	16.4	1	5.9	35	17.3
Más de 3 personas	15	20.0	20	18.2	1	5.9	36	17.8
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>37.1</b>	<b>110</b>	<b>54.5</b>	<b>17</b>	<b>8.4</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

El estudio arrojó los siguientes resultados, según el análisis de la tabla N°9: De acuerdo con la condición de propiedad de la vivienda, para cada una de las tres categorías de deficiencia contempladas, para la mayoría de los casos la vivienda era propia, con un 80% (n=88) para los individuos con deficiencias Musculoesqueléticas, 72% (n=54) para quienes padecían deficiencias Neurológicas y 47.1% (n=8) para aquellos con deficiencias de difícil clasificación. Según la estructura de la vivienda, se observó que para el 45% (n=50) de quienes presentaron deficiencias Musculoesqueléticas y para el 47.1% (n=8) de aquellos con deficiencias de difícil clasificación, la conformación de la vivienda era en Bahareque. El ladrillo fue el material que primó en la estructura de la vivienda de el 38.7% (n=29) de los individuos con deficiencias Neurológicas. El acceso a los servicios básicos se dió con mayor frecuencia para los tres grupos de individuos que presentaron deficiencias así, el 56.4% (n=62) de la población con deficiencias Musculoesqueléticas, el 65.3% (n=49) de los individuos con deficiencias neurológicas y el 58.8% (10) con deficiencias de difícil clasificación, contaron con servicios de Agua y Energía. Al analizar el grado de hacinamiento se encontró que la distribución de frecuencias se dió en su mayoría para la opción de dos (2) personas por habitación, en las tres categorías de deficiencias: el 46.4% (n=51) de las deficiencias Musculoesqueléticas, el 45.3% (n=34) de las deficiencias Neurológicas y el 64.7% (n=11) de aquellos individuos que presentaron deficiencias de difícil clasificación.

## 6. DISCUSIÓN

Es importante destacar el gran aporte que la Fisioterapia puede efectuar a la salud, bienestar integral del individuo y las comunidades, a través de iniciativas como la investigación, en campos tan específicos como los referentes a la caracterización de población con Deficiencias Físicas, por lo cual se debe poner en practica la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF), con el objetivo de que las investigaciones tengan los elementos requeridos para la formulación de políticas y estrategias de intervención a todo nivel (Político, Social, Económico y Sanitario) y que de la misma manera puedan ser utilizadas por organismos Nacionales e incluso internacionales, como por ejemplo la OMS en la construcción de un perfil epidemiológico propio de cada región, referente a las alteraciones del Movimiento Corporal Humano, así como sus diversas causas y consecuencias, en especial de los países en vía de desarrollo, como lo es Colombia, estableciendo un panorama de la tendencia real del fenómeno discapacidad, se deben formular posibles intervenciones costo eficaces de acuerdo a cada situación y región en particular. Además podría evitarse caer en errores tan frecuentes pero a la vez tan graves, como caracterizar deficiencia asumiendo que esta es equivalente a discapacidad, como lo ocurrido con el censo realizado en el año 2002 por la Alcaldía Municipal y el Hospital Nivel I en el Municipio de El Tambo (Cauca).

En el presente estudio, se encontró que las edades con mayor frecuencia de la variable deficiencia, fueron las comprendidas entre 61 a 70 años, relacionadas con enfermedades crónicas de tipo degenerativo como la Artritis y la Osteoporosis, mencionadas en el Censo y asociadas al proceso de envejecimiento. El Segundo rango de edad, se ubicó entre los 0 a 10 años, atribuido a causas como problemas pre y perinatales, enfermedades infecciosas y accidentes laborales que provocaron amputación, en su mayoría de miembro superior. En ambos grupos se encuentra el común denominador de secuelas neuromusculoesqueléticas que no recibieron tratamiento ni rehabilitación oportuna, lo cual pudo desencadenar una mayor Limitación en las actividades y restringir aun mas la participación de la persona con deficiencias.

Se encontró además, que las deficiencias tuvieron un comportamiento decreciente de los 0 a 40 años, y un comportamiento irregular de los 41 a los 75 años, con un pico máximo de frecuencia en el rango de edad comprendido entre 61 a 70 años , y uno mínimo en el rango de edad de 71 a 75 años, lo cual discrepa de los resultados obtenidos en la investigaciones sobre Discapacidad, realizada en instituciones de salud del municipio de Popayán<sup>33</sup> y en el estudio sobre Discapacidad en la Población del municipio de Piendamó (Cauca)<sup>34</sup> en los cuales se encontró que la discapacidad es progresiva con la edad.

---

<sup>33</sup> VERNAZA Paola, PAZ Clara Inés. Funcionamiento y Discapacidad en pacientes valorados por Fisioterapia. Popayán, Diciembre de 2003.

<sup>34</sup> MONTAÑA Guillermo y colaboradores. Prevalencia de Discapacidad en la población del Municipio de Piendamó Cauca, Área urbana, Enero – Abril de 2004.

Al comparar estos hallazgos con la pirámide poblacional, se observa que una cantidad importante de la población se localiza en el grupo de edad ubicado entre los 0 a 14 años, compatible con la frecuencia de deficiencias encontrada en el estudio, lo cual manifiesta la necesidad de plantear soluciones de salud pública que incluyan acciones de promoción y prevención desde la etapa de gestación; tratamiento oportuno de las deficiencias diagnosticadas y rehabilitación temprana de las mismas, con el fin de garantizar independencia funcional y controlar así la aparición de posibles secuelas.

De acuerdo con el Programa Internacional para la erradicación del Trabajo Infantil de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) las labores de alto riesgo identificadas en Colombia, en las cuales se incluyen a los niños, son la Minería y la Agricultura, siendo esta última la vocación económica de El Tambo Cauca, donde se ejemplifica esta problemática social reflejada en el trabajo Infantil, lo cual generó alteraciones no solo de tipo funcional y físico en los niños, si no también abandono de las actividades normales a su ciclo vital, comprometiendo sus derechos e incrementando la exposición a factores de riesgo ocupacional, que hacen este grupo poblacional cada vez más vulnerable.<sup>35</sup>

Respecto al sexo, la presente investigación reportó que las deficiencias Físicas se presentan más en los hombres, debido a que estos se vieron afectados con mayor frecuencia por la violencia y los accidentes de tránsito, lo cual coincide con

---

<sup>35</sup> El Trabajo Infantil en América Latina. [http://pidee.tripod.cl/niños\\_tr.htm](http://pidee.tripod.cl/niños_tr.htm). Julio 23 de 2004

los índices de morbilidad asociados a estos dos factores en Colombia para el año 1995<sup>36</sup>, además de los accidentes laborales, que representaron una importante carga de morbilidad para este grupo. El nivel de desempleo fue igual para hombres y mujeres correspondientes a la mitad de la población con deficiencias funcionales, hallazgo compatible con la estimación de la OMS que asegura que “cada año se pierden nada menos que unos 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud”.

A pesar de que en Colombia y en el Mundo las personas con Deficiencia y/o Discapacidad encuentran su reconocimiento e inclusión en el marco legal vigente, el cual garantiza su derecho a la igualdad y el acceso a programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención, rehabilitación e integración en todas las esferas de la vida social, éstas personas aun viven en una situación de desventaja debido a las barreras físicas y sociales que les impone el medio, el cual limita y restringe su plena participación y desenvolvimiento en la vida social. Esta situación se evidencia con los resultados obtenidos en el presente estudio en los cuales se reporta, de acuerdo a la ocupación actual de la persona con deficiencia que el 53% (n=107) son desempleados, que el 42.1% (n=85) No tienen ningún tipo de seguridad social y que el 73.8 (n=149) nunca ha recibido atención en salud.

---

<sup>36</sup> La Salud en las América, Edición de 1998. Vol. II.<http://www.paho.org/Spanish/HIA1998/Colombia.pdf> Julio 23 de 2004.

Aun cuando el 57.9% (n=117) de la población estudio pertenece al régimen contributivo y subsidiado, contemplados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, llama la atención el hecho de que tan solo el 26.2% (n=53) de esta población, haya recibido atención en salud en algún momento de su vida para el manejo específico de la deficiencia que padece.

La Frecuencia tan elevada de desempleo encontrada en el presente estudio, representa bajos ingresos para la familia de la persona con deficiencias, los cuales se reflejan en una disminución de la calidad de vida, violencia, delincuencia y cultivos ilícitos, que se presentan como la única alternativa de subsistencia.

El tipo de Seguridad Social en Salud predominante fue el Régimen Subsidiado, tanto para hombres como para mujeres, con similar proporción en cuanto a los ingresos mensuales; que fueron para ambos géneros, inferiores a los 100.000 pesos. Esta situación no es ajena al ámbito socioeconómico que atraviesa nuestro país, en el cual el desempleo adquiere una connotación mayor para las personas con deficiencias, quienes no pueden potenciar sus capacidades residuales en una ocupación laboral, si no que por el contrario se ven aun mas rechazadas y limitadas para la sociedad ante su alteración física.

La presente investigación encontró que la actividad económica principal de la que provienen los ingresos de la mayoría de la población estudio, es la agricultura, lo cual esta acorde con la vocación económica de los habitantes del Municipio,

generando ingresos que apenas les permiten sobrevivir, con un monto inferior a 100.000 pesos mensuales, situación considerada por la OMS que en su informe mundial sobre la Salud manifiesta que “aproximadamente una quinta parte de la población mundial vive con menos de US\$ 1 al día, y casi la mitad con menos de US\$ 2 al día”<sup>37</sup>. Esta escasez de recursos económicos contribuye al detrimento progresivo del individuo en todas sus esferas, así como también compromete en grado variable la estructura del tejido social al cual este pertenece, favoreciendo condiciones de vida precarias y por ende, la exposición a factores sociales y ambientales que deterioran la salud.

Respecto al tipo de deficiencia se encontró que hombres y mujeres en su mayoría, padecían de alteraciones musculoesqueléticas; con una misma proporción para las deficiencias neurológicas. La mayor frecuencia en cuanto a localización de deficiencias Musculoesqueléticas fue, con igual proporción: un Miembro Superior y un Miembro inferior. Para las deficiencias de tipo Neurológico, fue un hemicuerpo seguido de ambos miembros inferiores. Similares resultados se encontraron en los estudios sobre Discapacidad, realizadas en instituciones de salud del municipio de Popayán<sup>38</sup> y el municipio de Piendamó.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2002

<sup>38</sup> VERNAZA Paola, PAZ Clara Inés. Funcionamiento y Discapacidad en pacientes valorados por Fisioterapia. Popayán, Diciembre de 2003.

<sup>39</sup> MONTAÑA Guillermo y colaboradores. Prevalencia de Discapacidad en la población del Municipio de Piendamó Cauca, Área urbana, Enero – Abril de 2004.



En el estudio, la deficiencia Física Musculoesquelética fue la mas frecuente, la que puede asociarse a lesiones y/o alteraciones ocasionadas por el conflicto armado interno, accidentes laborales, accidentes de transito, caídas, insuficiencia ponderal, agenesias, y enfermedades crónicas degenerativas. Estos factores de riesgo ponen de manifiesto el proceso de transición epidemiológica que en la actualidad se presenta en el país, lo cual genera una doble carga al sumarse los factores de riesgo propios de los países en vía de desarrollo como lo es por ejemplo la desnutrición infantil, con enfermedades de tipo crónico- degenerativas propias de países industrializados.

De acuerdo a la localización de la deficiencia el estudio encontró que estas afectan con mayor predilección a uno o ambos miembros inferiores. Similares resultados se encontraron para Colombia en los datos oficializados en 1996 de el censo de 1993 realizado por el DANE.

En cuanto a los indicadores sociodemográficos, existe una necesidad evidente en producir instrumentos que permitan evidenciar la verdadera condición de la población rural frente a sus necesidades básicas no satisfechas, debido a que las herramientas existentes no cuentan con la suficiente aplicabilidad para identificar las carencias mas importantes de dicha población en cuanto a Salud, Educación, Empleo, entre otras. Sin embargo los hallazgos para las NBI de la población con deficiencias funcionales en el municipio de El Tambo fueron los siguientes.

Respecto a quien es la cabeza de familia en el hogar en el cual reside la persona que padece la deficiencia, y cual es el máximo nivel de escolaridad alcanzada por el mismo, el estudio reportó que en la mayoría de los casos el cabeza de familia era la misma persona con deficiencia y que su escolaridad era nula o muy escasa, estos dos factores combinados constituyen un grave problema de índole socioeconómico el cual incrementa la pobreza de estas familias haciéndolas cada vez más vulnerables y susceptibles ante las barreras y adversidades que la sociedad y su entorno les plantea.

De acuerdo con la condición de propiedad de la vivienda, la investigación reportó, que una proporción alta de la población estudio posee casa propia, lo cual se constituye en un factor facilitador que contribuye con el bienestar de la misma, sin embargo es importante considerar el material estructural de estas viviendas, (bahareque), según la OMS "...La vivienda y los espacios interiores tienen importantes consecuencias de índole sanitaria para la salud Física y mental. La repercusión mas extrema de la vivienda sobre la salud se observa en los sectores más pobres de la sociedad..."<sup>40</sup> . Adicionalmente los materiales inadecuados en las estructuras de las viviendas, aumentan el riesgo de traumatismos y se constituye en una barrera para las personas, y en especial para aquellas que padecen deficiencias Físicas.

---

<sup>40</sup> Ídem cita anterior

De acuerdo a los servicios básicos se encontró que el 5.4% de la población estudio no contaba con agua, energía ni alcantarillado, lo cual difiere de los datos del DANE sobre disponibilidad de servicios públicos<sup>41</sup>, según los cuales para el Municipio de el Tambo (Cauca) en el año 1993 el 42.7% de la población no contaba con ninguno de estos tres servicios.

La presente investigación reporto que el 17.8% de la población estudio vivía en condiciones de Hacinamiento critico, similares resultados se encuentran en las estadísticas del DANE<sup>42</sup>, según las cuales el 16.7% de la población de el Municipio de El Tambo (Cauca) vivía en esta Situación, para el año 1993.

Esta investigación es la primera de su tipo que logra materializarse en el Municipio de El Tambo – Cauca, constituyéndose en una herramienta de gran utilidad a partir de la cual, los organismos que de una u otra manera son responsables de la salud y bienestar de las comunidades de esta región, podrán dirigir de forma mas eficiente y selectiva todos sus esfuerzos así como también los recursos destinados a las personas que padecen algún tipo de deficiencia Física, sustentando sus intervenciones en los datos obtenidos por el presente estudio.

---

<sup>41</sup> DANE, XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda-1993

<sup>42</sup> Ídem

## **7. CONCLUSIONES**

La detección y el seguimiento de los individuos que presentan deficiencias Físicas o se encuentran expuestos a factores de riesgo que los hacen mas susceptibles a contraerlas, es fundamental, debido a que de esto depende en gran medida que se pueda impedir, contrarrestar o atenuar tanto su presencia como su evolución, evitando al máximo el posible progreso a discapacidad, condicionada por los factores contextuales propios de cada individuo en particular, y mas en el caso de los sujetos contemplados en la presente investigación donde la pobreza, el conflicto armado interno, la falta de cobertura e ineficacia de los servicios de salud, los desplazamientos forzados, el alto índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y la ausencia de conocimientos precisos sobre discapacidad, sus causas, prevención, y tratamiento, entre otros factores, inciden de una forma tan negativa en la condición de los mismos.

Igualmente deben generarse políticas de atención integral a la población que padece algún tipo de deficiencia, para evitar que factores contextuales agraven su situación y puedan ocasionar una discapacidad, no solo como consecuencia de las alteraciones estructurales y/o funcionales que pueda padecer, si no también por el medio ambiente o la sociedad que limita en mayor o menor grado el desempeño de la población con deficiencias.

Los resultados obtenidos en el presente estudio servirán para impulsar, sustentar y facilitar la ejecución de la normatividad existente referente a la atención de las personas que padecen algún tipo de deficiencia Física a nivel Municipal, como también de base sólida para la generación de nuevas políticas y estrategias dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de esta población de acuerdo a las necesidades reales identificadas que les son inherentes.

## **8. RECOMENDACIONES**

A partir de la presente investigación, se sugiere para próximos estudios contemplar las causas de las deficiencias, lo que facilitara la intervención de todos los sectores encargados de fomentar la salud a cualquier escala (Política, Social, Económica y Sanitaria) sobre los principales factores de riesgo identificados, minimizando el impacto que estos ejercen en los individuos, sus familias y la sociedad, lo que a su vez contribuirá con la disminución de las desigualdades a nivel social favoreciendo tanto una vida sana como el desarrollo sostenible

La utilización de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) permitirá que todos los estudios que se desarrollen a partir de ella tengan un lenguaje en común, lo que mejorara la comunicación a nivel local, nacional e internacional, facilitando la recopilación, sistematización, interpretación y comparación de datos, permitiendo la construcción de un perfil epidemiológico cada vez mas completo y significativo con respecto a lo que a alteraciones en el Movimiento Corporal Humano se refiere.

Debido al numero considerable de población censada que reporto otros tipos de deficiencia (mentales, sensoriales, de la voz y el habla, metabólicas y respiratorias), se recomienda la realización de estudios con un enfoque

multidisciplinario para cada una de ellas, que permitan el diseño de un perfil epidemiológico cada vez mas completo de la región.

Basados en los hallazgos sobre la frecuencia de deficiencias según la edad, se recomienda generar programas que aseguren la atención integral en salud, promoción y prevención de la enfermedad, encaminados a disminuir el riesgo de adquirir una deficiencia y/o discapacidad así como su detección y rehabilitación temprana, dirigidos especialmente a la población en los periodos Pre, Peri y Postnatal, niños de 0 a 10 años y adultos mayores. Igualmente se resalta la importancia de implementar jornadas educativas sobre salud ocupacional, que permitan disminuir el riesgo laboral de contraer algún tipo de deficiencia.

Se sugiere la implementación de un programa de Rehabilitación e integración social, con enfoque multidisciplinario para la población que tiene algún tipo de deficiencias y/o discapacidad, y que adicionalmente no cuenta con oportunidades de acceder a un servicio de intervención fisioterapéutica, lo cual deteriora aun más su situación, al desconocer que aún puede recuperar funcionalidad o prevenir posibles alteraciones secundarias a la lesión inicial. Puede pensarse también en los familiares de la persona que tiene la discapacidad, y quienes desconocen la importancia que tiene un programa de rehabilitación supervisado y controlado, con proyección de actividades en el hogar. Al desconocer estas pautas, la familia puede restar independencia al discapacitado lo cual marginaría aun más su situación de relativa dependencia.

Teniendo en cuenta el porcentaje de desempleo de la población con deficiencias de tipo funcional y/o estructural del municipio de El Tambo Cauca, se recomienda contemplar alternativas laborales acordes a las capacidades funcionales residuales, con el fin de mejorar su integración social y su calidad de vida



## BIBLIOGRAFÍA

Bases para la Formación de Política Pública en Discapacidad. Presidencia de la República. Consejería Presidencial de Programas Especiales – CPPE-. Red de Solidaridad Social. Periodo 2003-2006.

“Manual Operativo del Plan Nacional de Atención a personas con Discapacidad”. Consejería Presidencial para la política social. Bogotá, Septiembre 2002

Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. OMS. Ginebra, 15 de Noviembre de 2001

Normas uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Resolución 48 /96 ONU.

<http://www.paho.org/Spanish/HIA1998/Colombia.pdf>.

<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/lex>.

[http://pidee.tripod.cl/niños\\_tr.htm](http://pidee.tripod.cl/niños_tr.htm).

ONU. Manual de Elaboración de Información Estadísticas para Políticas y Programas relativos a personas con discapacidad. New York 1997.

Comunicado de prensa OMS/48. Ginebra, 15 de Noviembre de 2001

“Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad: 1998-2002”.

Bases para la formulación de política pública en discapacidad. 2003 – 2006

WASSEMBER, E. Importancia de investigar en países subdesarrollados. Revista Biomédica. Vol. 21 N°1. Santa Fé de Bogotá, Colombia. Marzo 2001

DOCUMENTO CONPES SOCIAL, Aprobado en Bogota, D.C., 26 de Enero de 2004

Dirección Departamental de Salud. Sección Sistemas de Información. Población Departamento del Cauca 2002

GÓMEZ, Ángela Viviana. y otros “Reseña de la Construcción Teórica en torno a la Discapacidad”. Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Fisioterapia. Febrero de 2000.

Comunicado de prensa OMS/48. Por medio del cual se hace pública la nueva clasificación adoptada. Ginebra, 15 de Noviembre de 2001

DANE. Propuesta para la captación de información sobre discapacidad. Encuentro interinstitucional. Censos de Población y Vivienda 2003. Población con discapacidad. Bogota, Mayo de 2002.

AGUDELO, Martínez Ayda Zulamy y otras “Caracterización de la situación laboral y de las barreras arquitectónicas y urbanísticas que limitan el desplazamiento al sitio de trabajo, según el grado de dificultad que ofrecen estas a las personas con discapacidad de locomoción, que pertenecen a fraternidad y la asociación de personas con discapacidad, junio de 1988 en la ciudad de Manizales.

Secretaría de Salud Departamental del Valle- Universidad del Valle: “Prevalencia de Discapacidad en el Departamento de Valle del Cauca”. Calí, Agosto 2001.

Plan Estratégico *Atención a las personas con discapacidad*, 2002 – 2010. Red de Apoyo Territorial de Atención a las personas con discapacidad en el departamento del Quindío. Armenia, Junio de 2002.

MARTINEZ, Diana. Funcionalidad y Discapacidad Física en los niños y niñas

de la Fundación Centro Especial para el niño diferente (CENIDI). Popayán  
2003

VERNAZA Paola, PAZ Clara Inés. Funcionamiento y Discapacidad en  
pacientes valorados por Fisioterapia. Popayán, Diciembre de 2003.

LASSO Adriana, OBANDO Lady. Prevalencia de Discapacidad en la Población  
en situación de Desplazamiento del municipio de Popayán entre Junio y  
Diciembre de 2003.

MONTAÑA Guillermo y colaboradores. Prevalencia de Discapacidad en la  
población del Municipio de Piendamó Cauca, Area urbana, Enero – Abril de  
2004.

Indicadores Sociodemográficos para el Sector Rural

Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1999, DNP-Tercer Mundo  
Editores. P.53, cuadro N° 27. Santafé de Bogotá.2000.

Misión Rural. La pobreza rural. IICA-Tercer Mundo Editores. 1998.

Misión Social. Informes de Desarrollo Humano Para Colombia, 1998 y 1999.

VÉLEZ, Eduardo. Gasto Social y Desigualdad. Departamento Nacional de Planeación – Misión Social. 1996.

OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2002

DANE, XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda-1993

# **ANEXOS**

**ANEXO A**

**CENSO MUNICIPAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.  
ALCALDÍA MUNICIPAL EL TAMBO CAUCA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL EL TAMBO CAUCA.**

**1. INFORMACIÓN GENERAL.**

**1.1 Datos de la persona con discapacidad.**

**Nombres y**

**apellidos:** \_\_\_\_\_

Sexo: M\_\_\_\_. F\_\_\_\_. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Edad: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: RC \_\_. T.I. \_\_. C.C. \_\_. No: \_\_\_\_\_

Dirección o Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

**1.2 Conformación del Grupo Familiar.**

**Cuántas personas conforman el Grupo Familiar (No):** \_\_\_\_\_

Cuántos Hombres: \_\_\_\_\_

Cuántas Mujeres: \_\_\_\_\_

Por quienes está compuesto el grupo Familiar:

Papá, Mamá y Hermanos: \_\_\_\_\_

Mamá y Hermanos: \_\_\_\_\_

Papá y Hermanos: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Cuales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que parentesco tiene la persona con discapacidad (Madre, Padre, Hijo, Tío, Primo, etc.):

\_\_\_\_\_

Es hijo único: Si\_\_\_. No\_\_\_.

Que puesto ocupa dentro del grupo familiar (Si es hijo):\_\_\_\_\_

### 1.3 Información sobre la vivienda.

**Propia:** \_\_\_\_\_

Arrendada: \_\_\_\_\_

Familiar: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Servicios Básicos:

Agua: \_\_\_\_\_

Energía: \_\_\_\_\_

Alcantarillado: \_\_\_\_\_

Saneamiento Básico:

Agua potable: Si\_\_\_\_\_. No\_\_\_\_\_

Unidad sanitaria: Si\_\_\_\_\_. No\_\_\_\_\_

Manejo de aguas residuales: Si\_\_\_\_\_. No\_\_\_\_\_

Manejo de basuras: Si\_\_\_\_\_. No\_\_\_\_\_

Letrina: Si\_\_\_\_\_. No\_\_\_\_\_

Estructura de la vivienda:

#### **Paredes.**

Ladrillo: \_\_\_\_\_

Baque: \_\_\_\_\_

Barro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Cual?: \_\_\_\_\_

#### **Techo.**

**Teja:** \_\_\_\_\_

Eternit: \_\_\_\_\_

Cartón: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Cual?: \_\_\_\_\_

#### **Piso.**

Baldosa: \_\_\_\_\_

Cemento: \_\_\_\_\_

Madera: \_\_\_\_\_

Tierra: \_\_\_\_\_

Número de Habitaciones:\_\_\_\_\_. No de personas por dormitorio:\_\_\_\_\_



Condiciones de la cocina (Estufa Electrica o a Gas, Hornilla, etc):

**1.4. Ingresos económicos de la familia**

0 - 100.000 \_\_\_\_\_  
100.000 – 200.000 \_\_\_\_\_  
200.000 – 300.000 \_\_\_\_\_  
300.000 – 400.000 \_\_\_\_\_  
400.000 – mas \_\_\_\_\_

De donde provienen los ingresos económicos (principal actividad económica de la familia):

---

---

---

**1.5. Escolaridad:**

Evaluado:

Leer: \_\_\_\_\_

Escribir: \_\_\_\_\_

Sin Escolaridad: \_\_\_\_\_

(Señalar el grado)

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Media vocacional: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_

**Cabeza de familia**

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Cual?: \_\_\_\_\_

Leer: \_\_\_\_\_: Escribir: \_\_\_\_\_

Sin Escolaridad: \_\_\_\_\_

(Señalar el grado)

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Media vocacional: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_

**1.6. Actividad ocupacional actual.**

(Evaluado)

Estudia: \_\_\_\_\_

Trabajador dependiente: \_\_\_\_\_

Trabajador independiente: \_\_\_\_\_

Desempleado: \_\_\_\_\_

**1.7. Seguridad Social.**

Tiene acceso a los servicios de salud (S ó N): \_\_\_\_\_

(Señale con una "X")

Régimen Contributivo: \_\_\_\_\_

Régimen Subsidiado: \_\_\_\_\_

Sisben: \_\_\_\_\_

Cual es el nombre de la empresa?.

\_\_\_\_\_

No del carné: \_\_\_\_\_

**2. ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD.**

**2.1. Antecedentes familiares**

Existe alguna otra persona en la familia con limitaciones por Discapacidad (S ó N):

\_\_\_\_\_

Quien?:

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Conoce las causas de la Discapacidad del evaluado (S ó N):** \_\_\_\_\_

**Cuales son:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Existe alguna afinidad familiar entre los cabeza de familia, en núcleo familiar:**

(S ó N) \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

---

---

---

**2.2. Diagnostico de Discapacidad.**

Física: \_\_\_\_\_. Cual?:

---

---

---

Mental: \_\_\_\_\_. Cual?:

---

---

---

Sensorial: \_\_\_\_\_ Cual?:

---

---

---

Marque con una "X"

Física y Mental: \_\_\_\_\_

Física y Sensorial: \_\_\_\_\_

Mental y Sensorial: \_\_\_\_\_

Global: \_\_\_\_\_

Explique:

---

---

---

**2.3. Gravedad.**

No Discapacitado: \_\_\_\_\_

Dificultad en la ejecución: \_\_\_\_\_

Ejecución ayudada: \_\_\_\_\_

Ejecución asistida: \_\_\_\_\_

Dependencia incrementada: \_\_\_\_\_

Desempeño Social:

\_\_\_\_\_

Cual?:

Cuidado personal: \_\_\_\_\_

Comunicación: \_\_\_\_\_

Destreza: \_\_\_\_\_

Disposición: \_\_\_\_\_

Situación \_\_\_\_\_  
Habilidades Conservadas (marque con una "X")  
Manuales: \_\_\_\_\_  
Sociales: \_\_\_\_\_  
Cuales?: \_\_\_\_\_

---

---

---

Habilidades desarrolladas

Pintar: \_\_\_\_\_  
Tejer: \_\_\_\_\_  
Artesanias: \_\_\_\_\_  
Artísticas: \_\_\_\_\_

Ocupacionales:

---

---

---

### **3. ANTECEDENTES MEDICOS GENERALES.**

#### **3.1. Antecedentes de la Madre:**

Tratamiento con medicamentos durante el embarazo (S ó N): \_\_\_\_\_  
Cual?: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Control prenatal: \_\_\_\_\_  
Atención al parto: Casa:\_\_\_\_\_. Hospital: \_\_\_\_\_

#### **3.2. Antecedentes del evaluado:**

Tiene las inmunizaciones (S ó N): \_\_\_\_\_  
Cuales?: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Enfermedades padecidas (nómbrelas, en infancia, Adulto y las mas recientes).

---

---

---

---

Accidentes o Traumas:

---

---

---

---

Ha recibido atención especializada en Rehabilitación o esta inscrito en algún programa?:

(indique el nombre de la institución y el tiempo que lleva en el programa).

---

---

---

---

**4. Observaciones**

---

---

---

---

Nombre del Evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

La totalidad de la población del municipio de El Tambo Cauca para el año 2002 corresponde a 51.565 habitantes, distribuidos según el sexo y la edad como lo indica la siguiente tabla

**TABLA DE POBLACION POR SEXO AÑO 2002  
EL TAMBO CAUCA**

<b>EDAD</b>	<b>MUJERES</b>	<b>%</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>%</b>
0 -4 años	3208	6.2	3310	6.4
5 – 9 años	3315	6.4	3422	6.6
10 - 14 años	3375	6.5	3483	6.8
15 a 19 años	2589	5.0	2672	5.2
20 a 24 años	2225	4.3	2297	4.5
25 a 29 años	1931	3.7	1993	3.9
30 a 34 años	1719	3.3	1774	3.4
35 a 39 años	1491	2.9	1539	3.0
40 a 44 años	1201	2.3	1239	2.4
45 a 49 años	975	1.9	1006	2.0
50 a 54 años	892	1.7	920	1.8
55 a 59 años	660	1.3	683	1.3
60 a 64 años	643	1.2	663	1.3
65 a 69 años	400	0.8	413	0.8
70 a 74 años	323	0.6	334	0.6
75 a 79 años	201	0.4	208	0.4
80 años y más	227	0.4	234	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>25375</b>	<b>49.2</b>	<b>26190</b>	<b>50.8</b>

**ANEXO C**  
**FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES**  
**SEGÚN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA**  
**DISCAPACIDAD Y LA SALUD**

En funciones corporales	En estructuras corporales
<p><b>Mentales:</b> funciones del cerebro, tanto las mentales globales como conciencia, orientación, intelectuales, psicosociales, temperamento y personalidad, energía e impulso, sueño; como las específicas: atención, psicomotoras, emocionales, percepción, pensamiento, memoria, lenguaje y cálculo mental.</p>	<p>Del sistema nervioso: cerebro, médula espinal, meninges.</p>
<p><b>Sensoriales y dolor:</b> visuales, auditivas, gustativas, olfativas, táctiles, de temperatura y otros estímulos; sensación de dolor.</p>	<p>Ojo, oído, lengua, nariz, piel, anexos y estructuras relacionadas.</p>
<p><b>Voz y habla:</b> de la voz, la articulación, fluidez, ritmo, vocalización.</p>	<p>Estructuras involucradas en la fonación y el habla: nariz, boca, faringe, laringe, cuerdas vocales.</p>
<p><b>Cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio:</b> funciones del corazón, vasos sanguíneos, presión arterial, sangre, del sistema inmunológico, respiratorio, tolerancia al ejercicio.</p>	<p>De los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio.</p>
<p><b>Digestivo, metabólico y endocrino:</b> ingestión, digestión, asimilación, defecación, mantenimiento del peso; metabólicas, balance hídrico, mineral y electrolítico, termorreguladores, glándulas endocrinas.</p>	<p>De los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.</p>
<p><b>Genitourinarias y reproductoras:</b> urinarias, sexuales, menstruación, procreación.</p>	<p>De los sistemas genitourinario y reproductor.</p>
<p><b>Neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento:</b> articulaciones y huesos, musculares, reflejos.</p>	<p>Estructuras relacionadas con el movimiento: cabeza, cuello, hombros, extremidades superiores, extremidades inferiores, tronco.</p>
<p><b>Piel y estructuras relacionadas:</b> piel, pelo, uñas.</p>	<p>Piel y estructuras relacionadas.</p>

A continuación se hace una descripción sobre los tipos de Deficiencias que se tuvieron en cuenta para el presente estudio:

♿ **DEFICIENCIAS MUSCULOESQUELÉTICAS:** cualquier alteración que afecte las funciones y/o estructuras Musculo-esqueléticas (músculos, tendones, ligamentos, articulaciones y/o huesos), relacionadas con el movimiento. Este tipo de Deficiencias puede presentarse en un miembro superior, ambos miembros superiores, un miembro inferior, ambos miembros inferiores, un Hemicuerpo, ambos hemicuerpos o en columna vertebral. Para el presente estudio se tuvieron en cuenta las siguientes patologías asociadas con las Deficiencias Musculo-esqueléticas: Artritis, Amputaciones, Fracturas, Agenesias, Abscesos, Osteoporosis y Osteopenia secundaria a Desnutrición.

♿ **DEFICIENCIAS NEUROLÓGICAS:** cualquier alteración que afecte las funciones y/o estructuras Neurológicas (sistema nervioso central y/o periférico), relacionadas con el movimiento. Este tipo de Deficiencias al igual que las Musculo-esqueléticas puede comprometer cualquier segmento (s) corporal(es). Para el presente estudio se tuvieron en cuenta las siguientes patologías asociadas con las Deficiencias Neurológicas: Parálisis cerebral Infantil, Poliomiелitis, Enfermedad Cerebrovascular, Hernias Discales, Trauma Raquimedular



- ↳ **OTRAS DEFICIENCIAS DE DIFÍCIL CLASIFICACIÓN:** Esta categoría hace referencia a aquellas Deficiencias que no fueron categorizadas de manera específica en el Censo Municipal de personas con Discapacidad aplicado en el año 2002 en El municipio de El Tambo – Cauca por la Alcaldía Municipal y la E.S.E Hospital Nivel I. Para el presente estudio se tuvieron en cuenta las siguientes patologías de difícil clasificación: Enfermedad de Hansen, Tumores, Heridas por arma de fuego, deformidades y parálisis de etiología inespecífica, Traumas con secuelas indeterminadas, afecciones raquimedulares inespecíficas.

La localización de la deficiencia corresponde a la estructura y/o función específica, comprometida en cada caso, es decir, la alteración puede manifestarse en un miembro superior o en ambos, un miembro inferior o ambos, un hemicuerpo (mitad del cuerpo ubicada a la derecha o izquierda de el plano sagital) o ambos hemicuerpos en caso de que el compromiso este presente en ambos lados. La deficiencia también puede localizarse en Columna Vertebral.

**ANEXO D**  
**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

<b>NOMBRE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>CLASIFICACION</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Edad</b>	Número de años † De 0 a 10 años † De 11 a 20 años † De 21 a 30 años † De 31 a 40 años † De 41 a 50 años † De 51 a 60 años † De 61 a 70 años † De 71 a 75 años	Interés Primario	Cuantitativa	Numérica
<b>Sexo</b>	Género del encuestado † Femenino † Masculino	Interés Primario	Cualitativa	Nominal
<b>Ocupación actual de la persona con Deficiencias</b>	Actividad en la que se ocupa la persona con Deficiencia Estructural y/o Funcional † Agricultura † Labores domésticas † Comercio † Trabajador dependiente † Trabajador independiente † Ninguna (categoría para menores de 20 años que no estudian) † Desempleado (categoría para mayores de 20 años)	Interés Primario	Cualitativa	Nominal
<b>Régimen</b>	Tipo de Seguridad Social † Contributivo † Subsidiado † Vinculado	Interés Primario	Cualitativa	Nominal
<b>Actividad Económica principal</b>	Actividad de la cual surgen los recursos para la manutención del hogar † Agricultura † Porcicultura † Comercio † Ayuda de familiares † Ayuda de instituciones	Auxiliar	Cualitativa	Nominal

	† Caridad			
<b>NOMBRE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>CLASIFICACION</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Ingresos</b>	Valor de los ingresos mensuales: † \$0 a \$100.000 † \$100.000 a \$200.000 † \$200.000 a \$300.000 † \$300.000 a \$400.000 † \$400.000 o más	Interés Primario	Cuantitativa	Ordinal
<b>Tipo de Deficiencia</b>	Deficiencias en las Funciones y/o Estructuras relacionadas con el movimiento, según el nivel Musculoesquelético o Neurológico	Interés Primario	Cualitativa	Nominal
<b>Localización de la Deficiencia</b>	Segmento(s) corporal(es) comprometido(s). † Un miembro superior † Ambos miembros superiores † Un miembro inferior † Ambos miembros inferiores † Un hemicuerpo † Ambos hemicuerpos † Columna vertebral	Interés Primario	Cualitativa	Nominal
<b>Cabeza de Familia</b>	Persona que tiene bajo su cargo la economía de la familia † Padre † Madre † Hermano † Abuelo † Hijo † Tío † Cónyuge † Persona con Deficiencias † Otro	Auxiliar	Cualitativa	Nominal
<b>Escolaridad de la persona cabeza de Familia</b>	Nivel de Formación Académica de la persona Cabeza de Familia † Sin escolaridad † Primaria incompleta † Primaria completa † Secundaria † Media vocacional	Auxiliar	Cualitativa	Nominal

	↑ Educación superior			
<b>NOMBRE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>CLASIFICACION</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Vivienda</b>	Condición de Propiedad de la vivienda ↑ Propia ↑ Arrendada ↑ Familiar ↑ Otro	Auxiliar	Cualitativa	Nominal
<b>Estructura de la Vivienda</b>	Conformación de la vivienda: ↑ Ladrillo ↑ Bahareque ↑ Barro ↑ Adobe ↑ Guadua ↑ Cartón ↑ Madera ↑ Piedra	Interés Primario	Cualitativa	Nominal
<b>Servicios básicos</b>	Presencia de servicios en la vivienda ↑ Agua ↑ Energía ↑ Alcantarillado	Interés Primario	Cualitativa	Nominal
<b>Grado de Hacinamiento</b>	Número de Personas que habitan en la vivienda por cada dormitorio ↑ 1 persona por habitación ↑ 2 persona por habitación ↑ 3 persona por habitación ↑ Más de 3 personas por habitación	Interés Primario	Cuantitativa	Numérica
<b>Atención en salud</b>	Asistencia a servicios de salud para el tratamiento de la Deficiencia estructural y/o funcional	Interés Primario	Cualitativa	Nominal