

**Participación familiar, académica y laboral en personas con discapacidad.
Antioquia 2002 hasta 2020.**

Estudiantes

Alejandra Restrepo Marín
Natalia Cardona Barrientos

Asesor

Edwin Alberto Salazar Henao

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2022**

Tabla de contenido

Lista de tablas	4
Lista de figuras	6
Lista de anexos	7
Glosario de términos y siglas.....	8
Resumen.....	10
Abstract	11
1. Introducción.....	12
2. Planteamiento del problema.....	15
3. Justificación.....	20
4. Objetivos	22
4.1. Objetivo general	22
4.2. Objetivos específicos	22
5. Marcos	23
5.2. Sistemas de información	28
5.3. Marco normativo/legal	29
6. Metodología	32
6.1. Tipo de estudio.....	32
6.2. Población de referencia.....	32
6.3. Población objetivo	32
6.4. Muestra y tamaño de la muestra	32
6.5. Unidad de análisis	32
6.6. Criterios de elegibilidad	33
6.6.1. Criterios de inclusión.....	33
6.6.2. Criterios de exclusión	33
6.7. Plan de recolección de la información	33
6.8. Adaptación de instrumentos	34
6.9. Operacionalización de las variables	34
6.11. Procesamiento de la información	37
6.12. Análisis de los datos.....	37
6.13. Consideraciones éticas	39
7. Resultados	40
7.1. Caracterización sociodemográfica de las personas con discapacidad en Antioquia, desde 2002 hasta 2020.	40

7.2.	Distribución geográfica y temporal de la incidencia de discapacidad en Antioquia, desde 2002 hasta 2020.	55
7.3.	Perfil de las personas con discapacidad según características personales, familiares, educativas y laborales en Antioquia 2002 hasta 2020.....	61
7.3.1.	Perfil general de los hombres con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.....	61
7.3.2.	Perfil general de las mujeres con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.....	62
7.4.	Factores relacionados con la participación familiar o comunitaria, académica y laboral en personas con discapacidad.....	63
8.	Discusión	75
9.	Conclusiones.....	81
10.	Recomendaciones	83
11.	Limitaciones y fortalezas.....	85
12.	Referencias	87
13.	Anexos	98

Lista de tablas

Tabla 1. Origen de la discapacidad según sexo. Antioquia 2002 hasta 2020.	41
Tabla 2. Estrato socioeconómico de personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020. .	43
Tabla 3. Servicios públicos con los que cuentan las personas con discapacidad en su hogar, Antioquia 2002 hasta 2020.	43
Tabla 4. Persona que más le ayuda a las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	46
Tabla 5. Causa de no asistir a servicios de rehabilitación en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	47
Tabla 6. Pagador del proceso de rehabilitación en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	48
Tabla 7. Personas con discapacidad que no saben leer y escribir. Antioquia 2002 hasta 2020.	48
Tabla 8. Último grado académico aprobado por las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	49
Tabla 9. Causa principal por la que las personas con discapacidad no estudian. Antioquia 2002 hasta 2020.	50
Tabla 10. Ingreso mensual promedio de las personas con discapacidad según género. Antioquia 2002 hasta 2020.	51
Tabla 11. Barreras ambientales percibidas por las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	51
Tabla 12. Barreras actitudinales percibidas por las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	53
Tabla 13. Participación en actividades familiares o comunitarias de las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	54
Tabla 14. Razón para no participar en actividades familiares o comunitarias. Antioquia 2002 hasta 2020.	55
Tabla 15. Distribución geográfica y temporal del número de personas registradas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	56
Tabla 16. Razón hombre-mujer de personas con discapacidad por subregión. Antioquia 2002 hasta 2020.	57
Tabla 17. Análisis bivariado de la participación en actividades familiares o comunitarias en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	64
Tabla 18. Variables relacionadas con la ausencia de participación en actividades familiares o comunitarias en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	65
Tabla 19. Análisis bivariado de la participación académica de las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	67

Tabla 20. Variables relacionadas con la ausencia de participación en actividades académicas en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020. 69

Tabla 21. Análisis bivariado de la participación laboral de personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020..... 71

Tabla 22. Variables relacionadas con la ausencia de participación laboral en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020. 72

Lista de figuras

Figura 1. Personas con discapacidad por edad y género. Antioquia 2002 hasta 2020.	42
Figura 2. Tipo de alteración que más afecta a personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	44
Figura 3. Tipo de dificultad que más afecta a personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	45
Figura 4. Asistencia a servicios de rehabilitación en personas con discapacidad, Antioquia 2002 hasta 2020.	47
Figura 5. Tasa cruda de incidencia de discapacidad x 1000 habitantes. Antioquia 2002 hasta 2020.	57
Figura 6. Incidencia de discapacidad x 1.000 habitantes según subregión y año. Antioquia 2002 hasta 2020.	58
Figura 7. Tasa municipal cruda de discapacidad por 1.000 habitantes. Antioquia 2002 hasta 2020.	60
Figura 8. Perfil gráfico de hombres con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	62
Figura 9. Perfil gráfico de mujeres con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	63

Lista de anexos

Anexo 1. Variables incluidas en el trabajo.	98
Anexo 2. Tasas crudas y ajustadas de discapacidad, según año y subregión. Antioquia 2002 hasta 2020.	100
Anexo 3. Diagnóstico oportuno de salud de las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	103
Anexo 4. A quien le atribuye su recuperación las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	103
Anexo 5. Ordenaron usar y cree necesitar de ayudas en personas con discapacidad, Antioquia 2002 hasta 2020.	104
Anexo 6. Actividad realizada en los últimos 6 meses por las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	104
Anexo 7. Tasa municipal ajustada discapacidad por 1.000 habitantes, Antioquia 2002 hasta 2020.	105
Anexo 8. Medidas de asociación – Participación en actividades familiares o comunitarias en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	106
Anexo 9. Medidas de asociación – Participación en actividades académicas en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	106
Anexo 10. Medidas de asociación – Participación en actividades laborales en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.	107

Glosario de términos y siglas

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

RLCPD: Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad

PcD: persona con discapacidad

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

CIDDM: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

UGD: Unidades Generadoras de Dato

SI: Sistemas de Información

ACM: Análisis de Correspondencias Múltiples

OR: Razón de probabilidades

SND: Sistema Nacional de Discapacidad

CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social

PPDIS: Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Discapacidad: la discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud, factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona.

Certificado de discapacidad: documento personal e intransferible que se entrega después de la valoración clínica multidisciplinaria en los casos en los que se identifique la existencia de discapacidad.

Accesibilidad: condición previa para que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en la sociedad en igualdad de condiciones.

Participación de las PcD: participación de las PcD en ámbitos culturales, económicos, sociales, laborales, entre otros; es un derecho civil que posee todo ciudadano donde estas personas participan en la toma de decisiones con respecto a temas que les afectan, creando de esta manera un equipo de trabajo entre personas y gobernantes con el fin de formular y promover las políticas públicas incluyentes.

Incidencia: número de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico

Regresión logística: análisis de regresión utilizado para predecir el resultado de una variable categórica (una variable que puede adoptar un número limitado de categorías) en función de las variables independientes o predictoras.

Proyecciones de población: estimaciones de la población futura, a corto y medio plazo, basadas en el conocimiento de los fenómenos demográficos y utilizando los indicadores demográficos de mortalidad, fecundidad y migraciones.

Política pública: instrumento de planeación orientado a la acción para lograr objetivos prioritarios, fruto de un proceso de concertación intersectorial y co-creación, en el que participa la administración distrital, la ciudadanía, la sociedad civil, los gremios, la academia, etc.

Resumen

Objetivo. Determinar las características, la distribución, la frecuencia, el perfil sociodemográfico y explorar los factores relacionados con la participación familiar, académica y laboral en Personas con Discapacidad (PcD) registradas en Antioquia desde 2002 hasta 2020. **Métodos.** Estudio de corte transversal, con fuente de información secundaria el (Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD). Se realizó caracterización de las PcD según variables de persona, tiempo y lugar. Se estimó la incidencia, y tasa cruda de discapacidad, la cual fue ajustada por edad mediante el método directo. Se estableció mediante Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) el perfil gráfico de las PcD según sexo, se exploraron los factores relacionados con la participación familiar, académica y laboral de las PcD mediante regresiones logísticas binarias. **Resultados.** En Antioquia entre el año 2002 y 2020 se registraron 203.713 PcD: la subregión Valle de Aburrá fue la que más PcD registró con 120.304, seguida de Oriente con 22.590 registros. La enfermedad general fue la causa que más generó discapacidad con 29,2% (n=59.560); el 75,2% (n=153.174) de las PcD son estratos socioeconómicos bajos 1 y 2. La incidencia de discapacidad fue fluctuante en el departamento, alcanzando el pico más alto en el año 2018 en la subregión del Valle de Aburrá con 62,9 PcD por cada 1.000 habitantes. Ser mujer es un marcador de riesgo que incrementó la oportunidad de no participar en actividades académicas (OR= 1,08; IC95% 1,05 – 1,11) y familiares o comunitarias (OR= 1,12, IC95% 1,09 - 1,14), en comparación con los hombres. **Conclusiones.** La participación de las PcD en contextos familiares, académicos y laborales se ve afectada por diferentes factores, uno de ellos es el sexo donde se evidencia una gran brecha entre hombres y mujeres. La inclusión de las PcD debe ser el objetivo central en los gobiernos, mejorar los sistemas de información y el registro de las PcD, fomentar la cultura del dato y así focalizar la población, ampliar la cobertura, la oferta institucional y la optimización de los recursos.

Palabras claves. Discapacidad, personas con discapacidad, incidencia, marcador de riesgo.

Abstract

Objective. To determine the characteristics, distribution, frequency, sociodemographic profile and explore the factors related to family, academic and work participation in Persons with Disabilities (PwD) registered in Antioquia from 2002 to 2020. **Methods.** Cross-sectional study, with a secondary source of information (Registry of Location and Characterization of Persons with Disabilities - RLCPD). A characterization of PwD was carried out according to variables of person, time and place. The incidence and crude rate of disability were estimated, which was adjusted for age using the direct method. Using Multiple Correspondence Analysis (MCA), the graphic profile of PwD by sex is established, and the factors related to family, academic and work participation of PwD are explored through binary logistic regressions. **Results.** In Antioquia, between 2002 and 2020, 203.713 PwD were registered: the Valle de Aburrá subregion was the one with the most PwD with 120.304, followed by Oriente with 22.590 registrations. General illness was the cause of most complete disability with 29.2% (n=59.560); 75,2% (n=153.174) of PwD are from low socioeconomic strata 1 and 2. The incidence of disability fluctuated in the department, reaching the highest peak in 2018 in the Valle de Aburrá subregion with 62,9 PwD for every 1.000 inhabitants. Being a woman is a risk marker that increases the opportunity not to participate in academic activities (OR= 1,08; 95% CI 1,05 – 1,11) and family or community activities (OR= 1,12, 95% CI 1,09). – 1,14), compared to men. **Conclusions.** The participation of PwD in family, academic and work contexts is affected by different factors, one of them is gender where there is evidence of a large gap between men and women. The inclusion of PwD must be the central objective in governments, improve information systems and registration of PwD, promote data culture and thus target the population, expand coverage, institutional supply and optimization of services.

Keywords. Disability, people with disabilities, incidence, risk marker.

1. Introducción

La discapacidad se considera una restricción de la actividad del individuo debido a la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el apoyo adecuado para reducir su deficiencia (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las PcD son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que en interacción con su entorno, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones (2). Para reafirmar los derechos de las PcD, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) tiene como propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las PcD y promover el respeto de su dignidad inherente” (3).

En Colombia, durante los años 2004 y 2005 el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) realizó el RLCPD, allí registraron 290 municipios, 39 del departamento de Antioquia (4); según este registro, Antioquia reportó 205.548 PcD hasta el 2020, siendo uno de los departamentos con mayor número de personas registradas (5). Los datos estadísticos del censo en el departamento registran que la mayoría de PcD pertenecen a los estratos 1 y 2, tan solo el 4,7% participa en actividades productivas, 17,4% en actividades comunitarias y pocos reciben servicios de rehabilitación (4). Este panorama evidencia las limitaciones que tienen las PcD para acceder a diversos entornos sociales con implicaciones directas en su desarrollo integral e inclusión social.

Las políticas que acogen los derechos de las PcD en el país se enfocan principalmente en el desarrollo de las capacidades, habilidades y aportes en el ámbito laboral, así como en el fortalecimiento del sistema educativo y la sensibilización a la sociedad acerca de las PcD. Estas políticas deberán apoyar la formulación de medidas donde se desarrolle, promulgue y supervise la aplicación de normas que garanticen la accesibilidad de las PcD en instalaciones y espacios públicos y privados; así como promover la asistencia y el apoyo de manera que las PcD puedan tener acceso a la información (6).

El acceso a los servicios de salud es fundamental para el bienestar y participación activa de esta población en la sociedad. Por lo general el panorama revela que las PcD en

especial los adultos mayores tienen más probabilidades de tener enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes o cáncer, en comparación con los adultos sin discapacidad (7); por esto la CDPD incluye en sus artículos el derecho a la salud donde se reconoce el derecho que poseen estas personas a disfrutar del más alto estándar de salud sin discriminación por su condición, también incluye el derecho a los servicios de rehabilitación relacionada con la salud. Esto sin duda es un factor que impulsa al desarrollo de las PcD dentro de una sociedad y garantiza las oportunidades de acceso (3).

La probabilidad de acceso a trabajo digno con toda garantía de ley para las PcD es mínima al compararse con una persona sin discapacidad, la probabilidad se ve más reducida si en la selección laboral deben competir con una persona sin discapacidad (8) debido a que las PcD coexisten con un sin número de barreras que les impiden mejorar su condición económica y social (9). La probabilidad de salir de la pobreza es menor debido a que la superación se reduce considerablemente, por ejemplo la educación de calidad y trabajos decentes generalmente cierran sus puertas a las PcD debido a que carecen de un diseño universal y accesible, lo cual se traduce en barreras actitudinales y físicas que posteriormente dificultan la creación de una vida independiente del núcleo familiar y limitan la participación plena en la sociedad (10,11).

Por lo general, es más frecuente que una PcD asista con menor frecuencia a la escuela y tengan menores oportunidades laborales y por tanto menores ingresos (12). En las zonas rurales las PcD suelen ser más pobres; allí las cifras de acceso laboral, educativo y familiar/comunitario no son mejores, en Colombia solo 2,1% de las PcD que residen en zona rural cuentan con estudios universitarios, y el porcentaje para aquellas que viven en zonas urbanas es del 10,4% (13).

En el contexto educativo, existen dos sistemas de educación paralelos, uno para PcD y otro para las personas sin discapacidad, lo cual dificulta la integración de esta población con sus pares sin discapacidad, disminuyendo así su participación académica. El acceso a la educación superior es difícil, y cuándo las PcD logran acceder a este, no hay garantías para la permanencia y el sostenimiento, y es allí cuando las PcD desertan de las instituciones y no logran alcanzar su meta académica (1). En este mismo contexto,

las PcD enfrentan numerosas barreras que les impiden acceder a escuelas o instituciones convencionales (que además carecen de un diseño universal), lo cual las obliga a inscribirse en escuelas especiales o privadas donde las oportunidades son limitadas (14).

El analfabetismo es un problema común entre las PcD; en Colombia la tasa de analfabetismo de esta población es del 6%, las principales razones se relacionan con las dificultades para acceder a centros educativos, al servicio de transporte público, a limitaciones en la comunicación y a la falta de docentes o tutores capacitados para atenderlos de manera adecuada y oportuna (15,16).

Desde una perspectiva de género, históricamente el hecho de ser mujer en la sociedad representa una mayor probabilidad de exclusión y más aún cuando se vive con alguna discapacidad. Esta situación se relaciona con un conjunto de barreras actitudinales y del entorno que obstruyen la plena integración y participación agravando con más fuerza la desigualdad entre hombres y mujeres (17).

La discapacidad no solo afecta de manera particular a un individuo, esta trae consigo implicaciones que afectan a todo su grupo familiar y cuidadores (18). En Colombia el 19,8% de las PcD reportan cuatro o más deficiencias, por lo que necesitan apoyo permanente de un tercero para realizar las tareas diarias; los cuidadores también se ven enfrentados a grandes dificultades. En Antioquia, los cuidadores son en su mayoría amigos y familiares, quienes a menudo sufren problemas relacionados a la escasez de recursos, impacto emocional negativo, sobrecarga en tareas domésticas y alteraciones del sueño (10).

2. Planteamiento del problema

La discapacidad sustentada en un enfoque diferencial reconoce la existencia de grupos poblacionales que debido a características particulares afrontan un mayor nivel de exclusión y vulnerabilidad (19). Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), “la discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud, factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona; debido a esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos diversos en un individuo con relación a su condición de salud” (20).

En el mundo mil millones de personas viven con una discapacidad; esta es más frecuente en áreas rurales poco desarrolladas, donde se concentra el 80% de PcD, allí la pobreza y exclusión intensifican la vulnerabilidad y discriminación (21). Así mismo, afecta de manera desproporcionada a mujeres, adultos mayores, niños, indígenas y grupos étnicos minoritarios (22). Aunque muchas de estas discapacidades son evitables, los casos aumentan considerablemente debido a los cambios demográficos y al incremento de la población adulta, ya que a esa edad las enfermedades crónicas como la diabetes, cardiovasculares (cardiopatías y accidentes cerebrovasculares) y cáncer son más comunes, lo cual genera incremento en la frecuencia y en la magnitud de la discapacidad (9).

La discapacidad genera en el individuo consecuencias negativas en diferentes aspectos de su vida y afectan particularmente la salud, educación, empleo, y transporte; ciertas actitudes y conductas como el bullying, acoso, uso de lenguaje e imágenes ofensivas, discriminación, burlas, entre otros; repercuten sobre niños y adultos con discapacidad, ocasionando baja autoestima y menor participación social y familiar (9).

Se estima que 93 millones de niños menores de 14 años en todo el mundo tienen discapacidad (23), situación que los pone en desventaja frente a sus similares sin discapacidad, pues en países de ingresos medios y bajos, niños con discapacidad tienen menos posibilidad de ser escolarizados que niños sin discapacidad (24); y cuando estos logran ser escolarizados en mayoría de casos tienden a abandonar y finalizar

prematuramente sus estudios (23), creando barreras de comunicación e interacción personal que imposibilitan participación social y educativa (8). La probabilidad de sufrir discapacidad aumenta significativamente con factores como bajo peso al nacer, malnutrición, acceso a servicios básicos domiciliarios y entornos insalubres (9). Las personas que tienen algún tipo de discapacidad están expuestas a la discriminación social, laboral y académica, esto conlleva a que se establezcan como parte de la población marginada con escasas oportunidades laborales y bajo nivel educativo, generando una relación directa y en doble vía entre discapacidad y pobreza (25).

Las PcD están en desventaja en el mercado laboral (9), a nivel mundial el 80% de esta población se encuentra en edad de trabajar, aun así, deben enfrentarse a la negación de oportunidades y a la exclusión productiva, suceso que se presenta en mayor frecuencia en mujeres con discapacidad (26). La probabilidad de que la discapacidad sea un factor influyente en la cantidad de ingresos que obtenga una persona es alta. Según datos de la Encuesta Mundial de Salud, las tasas de ocupación de hombres y mujeres con discapacidad (53% y 20%) es menor en hombres que en mujeres sin discapacidad (65% y 30%), una evidencia reiterada sobre que las PcD cuentan con menores oportunidades de inclusión y participación activa del mercado laboral (27).

En la Unión Europea (UE) hay registro de 80 millones de personas con discapacidad, una de cada seis personas que habitan ese territorio tiene una discapacidad (21). Estas no participan plenamente en la sociedad y el 70% son pobres, cifra que supera la media de pobreza en la UE (21). España, referente de la UE para el mundo, registró en la última encuesta de discapacidad un total de 3.8 millones de personas con alguna discapacidad y una tasa de prevalencia del 8.34% respecto a la población total del país (28).

La Estrategia Europea sobre discapacidad 2010 - 2020 presenta datos sobre la percepción de barreras en PcD, indicando que en Italia el 66% de PcD perciben barreras en movilidad, Grecia 61%, España 59% y Francia 45% (21). Así mismo, la percepción de barreras en la movilidad es más alta en las mujeres (56%) que en los hombres (48%), una doble discriminación por género y discapacidad (21). El 20% de las PcD en Europa percibe barreras por discriminación; situación más evidente en Dinamarca, donde el 24% la sufre, seguido de Francia con 23% y Alemania con 20% (21). En cuanto a las barreras

de acceso a educación y formación, las mujeres de Dinamarca, Alemania y Francia son quienes más las sufren; con porcentajes entre 22% y 25% (21).

En el continente americano se estima que entre 140 y 180 millones de personas presentan algún tipo de discapacidad (29), siendo las discapacidades relacionadas con el movimiento del cuerpo, las visuales y mentales las más frecuentes (29). Contexto similar al que se tiene en Estados Unidos, donde 1 de cada 5 adultos presentan alguna discapacidad, siendo más común la discapacidad motora (13%), seguida de la cognitiva (10.5%) (30). En México de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en el año 2018; aproximadamente 7.8 millones de personas (6.3%) tienen discapacidad, el 45.9% son hombres y 54.1% mujeres, y el 49.9% son adultos mayores de 60 años (31).

En América Latina pese a las limitaciones en la calidad de los datos y escasos sistemas de información, se cuenta con un registro de 85 millones de PcD (32), siendo más frecuentes las visuales y motoras, seguidas por las auditivas y del habla (33). Las prevalencias más altas de discapacidad se presentan en Brasil 23,9%, Chile 12,9% y Ecuador 12,1%; las más bajas en Cuba 3,3%, Honduras 2,3% y Paraguay 0,9%. Colombia presentó una prevalencia intermedia del 6,3% (34). En Chile aproximadamente 2.836.818 personas (16.7%) de la población mayor de 2 años tiene algún tipo de discapacidad (35) y en Ecuador las zonas urbanas concentran el 60% de las PcD, y la cuarta parte no trabajan por su condición de discapacidad (36).

De acuerdo con el RLCPD, en Colombia el 3,0% (1.539.750) de personas tienen discapacidad, 51% hombres y 49% mujeres; el 46% de PcD son adultos mayores de 60 años y el 12% (181.843) menores de 19 años (37). Existen diferentes características sociodemográficas que definen el grado de vulnerabilidad al que está expuesto una persona ante la discapacidad, la edad sin duda es una de estas y trae consigo diferentes patologías que tienen un mayor impacto en la salud física y psicológica de las personas, entre estas la pérdida progresiva de la capacidad de oír, reducción de fuerza, equilibrio entre otras (9).

La mayoría de PcD (64,3%) en Antioquia, no registran ingresos económicos, el 20% recibe menos de \$500.000 pesos mensuales y al momento del registro, solo el 11.4% se encontraba trabajando (37), situación que evidencia barreras que deben enfrentar las PcD para acceder al mercado laboral, limitando así ingresos económicos que afectan su calidad de vida y la de sus familias (8). La discapacidad es un asunto de derechos y las PcD tienen derecho de acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral (38), sin embargo, el 53% de PcD no asisten a servicios de rehabilitación en Colombia, y la principal razón es la falta de dinero (19%) (22); barrera que limita acceso a servicios de salud, las lesiones, secuelas y daños corporales se agravan entonces en el tiempo (9).

El 40% de las PcD depende de la ayuda de otra persona para realizar actividades como caminar, correr y saltar, la ayuda y asistencia para realizar estas actividades es brindada en 90% por cuidadores del mismo núcleo familiar (37). La problemática es más compleja de lo que puede percibirse ya que detrás de cada PcD, se encuentra alguien (en su mayoría mujer) que se encarga de los cuidados y desarrollo de actividades cotidianas, sin recibir ningún reconocimiento social, jurídico y económico generando así un costo de oportunidad alto, graves implicaciones físicas, psicológicas e implicaciones emocionales; y al igual que las PcD, se ven sometidas a discriminación y vulneración de derechos (39, 40). Esta situación puede estar estrechamente relacionada con barreras arquitectónicas y actitudinales que impiden que PcD puedan interactuar y movilizarse de manera autónoma en espacios públicos, familiares y comunitarios sin ningún tipo de barrera (41).

En Antioquia, hasta el año 2020 se registraron 156.526 PcD por múltiples causas, la enfermedad general fue la causa que más la generó con 27.9% del total; en esta categoría las mujeres registran mayor porcentaje de discapacidad (32,8%) comparado con los hombres (23,5%); la segunda causa más común de discapacidad fueron los mal llamados “accidentes”, que constituyen alrededor del 11.4% de las causas (42). Las PcD en Antioquia tienen bajo nivel académico, lo cual está ligado a la escasez de oportunidades y dificultad de acceso a educación formal, evidenciando que el derecho y acceso a educación se ve limitado por su discapacidad; y pese a los esfuerzos que se han hecho en materia de inclusión sólo el 3% de PcD alcanzó preescolar y el 63,6%

básica primaria y secundaria; en educación superior el último grado aprobado por las PcD es mucho menor, el 2,3% registraron niveles académicos técnicos o tecnológicos, 1,4% universitarios y el 0,1% de posgrado (43).

Considerar la discapacidad como una problemática del entorno físico, económico y social visibiliza la desigualdad y discriminación en la participación comunitaria, académica y laboral a la que deben hacer frente las PcD; por esto, analizar las necesidades de este grupo poblacional desde una perspectiva integral y objetiva, permitirá la reflexión sobre la necesidad de entornos que propicien integración familiar, social y laboral; reduciendo así la exclusión que por décadas se ha ejercido en contra de las PcD (44). Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las características, la distribución, la frecuencia, el perfil sociodemográfico y los factores relacionados con la participación familiar, académica y laboral en Personas con Discapacidad (PcD) registradas en Antioquia desde 2002 hasta 2020?**

3. Justificación

Dentro de la lógica de un Estado Social de Derecho, Colombia ha estado regida según la constitución de 1991 por el principio de igualdad y dignidad humana (45). Reconocer las limitaciones sociales y económicas de las PcD está enmarcado dentro de este principio, el cual busca garantizar derechos y promover su desarrollo como sujetos activos de una sociedad (3). Las PcD más que sujetos considerados con limitaciones para desarrollar cierto tipo de funciones o actividades sociales, se les ha reconocido como personas portadoras de derechos y deberes (9).

Contemplar la discapacidad desde la perspectiva de las diferencias de género, edad, estrato socioeconómico, condiciones sociales, limitaciones y barreras percibidas es determinante para buscar una equidad social que permita una mayor inclusión e igualdad de oportunidades, así mismo; contar con información adecuada acerca de las características de la discapacidad en Antioquia permitirá avanzar en una mejor planificación de políticas sociales que tengan como enfoque la diferencia y las necesidades de las PcD; para esto se deben considerar las dinámicas que impulsan la participación laboral, comunitaria, educativa y cultural que permitan un avance en el marco de la inclusión y la disminución de barreras (46).

Las PcD se encuentran en desventaja en diversas dimensiones de su vida, el pleno desarrollo de sus capacidades se ve limitado por su discapacidad, esto trae consigo un aumento en los índices de pobreza dado que no le permite desarrollarse plenamente en las actividades de la vida diaria, llevando así a que las tasas de empleo, educación y de acceso a servicios de salud sean menores que en las población sin discapacidad (47). Esto tiene como consecuencia una relación bidireccional con el desarrollo, donde a mayor pobreza mayor número de PcD, y a mayor número de PcD mayores tasas de pobreza y menor índice de desarrollo económico y social (25).

Entender la discapacidad desde una perspectiva de equidad e igualdad de oportunidades, con un enfoque diferencial mediante acciones de política pública que reafirman su importancia como parte de la población social y productiva, posibilitará la creación de espacios de inclusión social, participación, integración activa y calidad de

vida de las PcD (27). El departamento de Antioquia, en el marco del desarrollo de las políticas públicas, tiene como eje central los factores diferenciales de las PcD que le han permitido priorizar sus derechos basados en sus necesidades y enfatizar en el desarrollo de sus capacidades en todo el ciclo vital (48).

Por tanto, la presente investigación pretende ilustrar y reunir conocimiento para realizar aportes al fortalecimiento del sistema de salud y así; soportar el desarrollo individual y colectivo fundamentado en una sociedad accesible y universal, para esto se hace necesario propiciar la difusión de información que contribuya a la toma de decisiones, al cumplimiento de metas del plan de desarrollo departamental y la orientación de políticas públicas dirigidas a la inclusión y participación social, permitiendo cambiar el paradigma que se tiene de la discapacidad como impedimento para la participación activa en la sociedad, y de esta manera, comprender que los derechos no dependen únicamente de los actores públicos y privados sino también de la participación activa de toda la ciudadanía (9, 27).

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

- Determinar las características, la distribución, la frecuencia, el perfil sociodemográfico y explorar los factores relacionados a la participación familiar, académica y laboral en personas con discapacidad en Antioquia desde 2002 hasta 2020.

4.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las personas con discapacidad en Antioquia, desde 2002 hasta 2020.
- Determinar la distribución geográfica y temporal de la incidencia de discapacidad en Antioquia, desde 2002 hasta 2020.
- Describir el perfil de las personas con discapacidad según características personales, familiares, académicas y laborales en Antioquia, desde 2002 hasta 2020.
- Explorar la relación de algunos factores (edad, sexo, estrato socioeconómico) a la participación familiar, académica y laboral en personas con discapacidad en Antioquia, desde 2002 hasta 2020.

5. Marcos

5.1. Marco conceptual

La OMS en la década de los ochenta, estableció la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) con tres niveles basados en el análisis de las consecuencias de la enfermedad, accidental o causa genética, hereditaria o biológica que causa la discapacidad, los cuales son: la deficiencia, que dentro de la experiencia de la salud “es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”; también se encuentra la discapacidad, que es la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad “normal” y es provocada a su vez por una deficiencia; por último está la minusvalía; situación que pone en desventaja a un individuo con una deficiencia o discapacidad le causa impedimentos o limitaciones en el desarrollo de roles que son normales en su situación (49). La minusvalía también es un fenómeno social, ya que representa las consecuencias sociales y ambientales para las personas con deficiencias o discapacidades (50).

Debido a las críticas que recibió este modelo por basarse únicamente en aspectos médicos, surge la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que es una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella (20). Allí se habla de funcionamiento, que abarca las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social de las PcD; se habla también que la discapacidad, agrupa deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las limitaciones en la participación social de las PcD; por último está la salud como el elemento que relaciona a ambos (51).

Según la CIF, la discapacidad es el resultado de la relación entre las condiciones de salud, factores personales y externos que determinan las circunstancias en las que vive una persona (20). Cuando los factores externos tienen más barreras que

facilitadores, dificultará el desempeño o la realización de las PcD, situación similar sucede cuando la sociedad construye o propicia espacios inaccesibles o con baja disponibilidad para esta población (20). Factores personales como el sexo, raza, edad, educación, profesión constituyen un trasfondo particular de un individuo y de su estilo de vida, lo cual puede influir en el grado en que una PcD participa en la sociedad y por consiguiente en su calidad de vida (20).

La CIF está compuesta por dos partes y a su vez, cada una de ellas tiene dos componentes; la Parte 1, hace referencia al Funcionamiento y Discapacidad, que a su vez está compuesta por Funciones y Estructuras Corporales e integra los procesos fisiológicos de los sistemas corporales (incluyendo los psicológicos) y las partes anatómicas del cuerpo como los órganos y las extremidades con cada uno de sus componentes; a estos dos conceptos están ligadas las deficiencias, que son considerados problemas en las funciones o estructuras corporales (20).

El segundo componente, Actividades y Participación, hace referencia en primer lugar a la realización de una tarea o acción por parte de un individuo (actividad) y al acto de involucrarse en una situación vital (participación). A su vez, las actividades tienen limitaciones, que son las dificultades que un individuo puede tener al realizar una actividad, así mismo, las restricciones en la participación son aquellos problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales (20).

La CIF intenta proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud, integra perspectivas desde lo individual como las biológicas hasta lo colectivo como las sociales, la Parte 2 son los Factores Contextuales, y está conformado por dos categorías más, la primera son los Factores Ambientales que constituye el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas; el segundo son los Factores Personales que no son descritos en la CIF (20).

La discapacidad a nivel mundial ha sido concebida durante muchos años desde el paternalismo, la conmiseración y la beneficencia, lo cual ha evolucionado y se ha

adaptado a los momentos históricos en la que esta se enmarca; sin embargo fue solo hasta mediados del siglo XX cuando se reconoce que el contexto social es uno de los factores determinantes que potencia o mitiga el nivel de las limitaciones de las PcD; lo anterior hace que estas sean catalogadas como individuos con habilidades, recursos y potencialidades (52), esto a su vez refleja que la discapacidad no es solo un tema que tiene origen en el individuo, sino que es algo que nos corresponde a todos como sociedad (53).

Existen varios modelos conceptuales que explican la discapacidad y el funcionamiento desde puntos de vista diferentes pero no aislados; uno de ellos es el “modelo médico” que considera la discapacidad como un tema personal y/o individual, causado por alguna enfermedad, trauma o condición de salud que requiere una atención médica brindada por profesionales (54), a su vez, este modelo considera que cuando una persona presenta alguna discapacidad únicamente puede participar en la sociedad cuando sean rehabilitadas o “iguales” a los demás, y de esta manera puedan tener valor como persona (54).

El “modelo social”, que como bien lo indica su nombre considera la discapacidad como un problema “social” que reúne un conjunto de condiciones en su gran mayoría creadas por la sociedad (54), allí la discapacidad deja de ser un atributo propiamente de la persona, y pasa a ser el resultado de las relaciones sociales (54). Esto trae consigo consecuencias positivas como la creación de políticas sociales y legislativas donde la inclusión de las PcD prevalece por encima de su condición (54).

Ahora bien, si se logran integrar estos modelos conceptuales, se crea algo llamado “Enfoque Biopsicosocial”, que permite obtener una visión integral y coherente desde diferentes ámbitos de la salud, con una perspectiva biológica, individual y social (55). Allí, el ser humano es el eje central, y prima la expresión y la participación plena de estas personas y la sociedad, ya que esta se considera capaz de influir positiva o negativamente sobre ellas, así que su manejo o rehabilitación requiere la participación de todos (55).

Surgieron nuevos modelos de discapacidad que integran elementos del individuo, sus necesidades, habilidades y su relación con la sociedad; pero ninguno de estos ha sido eficaz para lograr la atención integral de las PcD; por eso se crea el “modelo ecológico”, basado en el análisis de la CIF, este toma como referencia los componentes de la CIF con un enfoque de interacción de la persona con el entorno, desde una perspectiva más amplia, holística y multifactorial (55). En este modelo, la calidad de vida está fundamentada bajo la percepción de que las experiencias de los seres humanos son únicas e individuales, lo cual está relacionado con la percepción que estos tienen del ambiente, sus sentimientos, costumbres y tradiciones (55).

Cuando hablamos que la discapacidad es un problema social, también implica que para solucionar este problema se necesita tanto de una adecuada rehabilitación, como contar con una sociedad accesible y universal (52), teniendo en cuenta esto, surge un “modelo de rehabilitación basado en comunidad”, que integra familia, comunidad, sociedad y cultura (55). Es una metodología de trabajo que permite integrar diferentes actores (PcD, familia, escuela, empleadores, Estado y sociedad civil) con el fin de buscar la integración social de las PcD, por medio de la participación activa de las dinámicas sociales (55). Esta iniciativa se creó teniendo en cuenta la escasez de recursos económicos que tenían las PcD y las dificultades para acceder a programas de rehabilitación formal (55).

Específicamente en Colombia, el programa de rehabilitación con participación comunitaria de Antioquia tiene un gran reconocimiento; este ha implementado un modelo educativo y formativo para mejorar la calidad de vida y asumir con responsabilidad los procesos de rehabilitación de las PcD que habitan en las comunidades más vulnerables de diferentes municipios del país (55).

La discapacidad es un concepto que evoluciona y se relaciona cada vez más con las barreras presentes en el entorno que impiden que las PcD participen plena y efectivamente en la sociedad y que además, esté en equiparables condiciones con las personas sin discapacidad (56). Estas barreras están definidas como cualquier tipo de obstáculo que impida el ejercicio efectivo de los derechos de las PcD, las

cuales son: barreras actitudinales; que hace referencia a aquellas actitudes que conllevan a prejuicios, discriminaciones, puntos de vista, estigmas que impiden u obstaculizan el acceso en condiciones de igualdad a los espacios, servicios y posibilidades en general que ofrece la sociedad (57). También se encuentran las barreras comunicativas que impiden o dificultan el acceso a la información, al conocimiento y en general, al proceso comunicativo de las PcD (57). Las barreras físicas, que son los obstáculos materiales, tangibles o contruidos que impiden el acceso y el uso de espacios, objetos y servicios de carácter público y privado a las PcD (57).

La inclusión de las PcD conlleva a prácticas y políticas que identifican y eliminan las barreras impuestas sobre este grupo poblacional, con el fin de que puedan participar plenamente en la sociedad (58). La falta de accesibilidad es la primera barrera que enfrentan ya que esta limita su integración en diversos espacios como colegios, centros de salud, empresas, lugares de esparcimiento, ocio y plazas públicas (49). Para dar solución a esta situación, se busca crear un “diseño universal”, que trate de adaptar, concebir y producir productos, servicios, edificaciones y espacios tanto públicos como privados accesibles para todos (51), al igual que informar, sensibilizar y socializar el hecho de que la discapacidad es un asunto que va más allá de lo individual, y se deben proponer políticas que contribuyan al fortalecimiento de los procesos de inclusión de las PcD, desde la participación, democratización y disfrute de todos los espacios que hacen parte de una sociedad (9,59). Este diseño puede ser comprendido y aplicado desde la consecución de 7 principios, uso equitativo, uso flexible, uso simple y funcional, información, tolerancia al error, bajo esfuerzo físico, tamaño y espacio (59, 60) donde cada uno de ellos busca mejorar la calidad de vida especialmente de las PcD.

5.2. Sistemas de información

Un sistema de información (SI) se define como un conjunto de procedimientos interrelacionados que forman un todo (61), está compuesto por personas, hardware, software, datos y redes (62). Estos se encargan de obtener, procesar, almacenar y distribuir información con el fin para apoyar la toma de decisiones y el control en una organización, englobando así personas, máquinas y métodos organizados con la infraestructura, la organización, el personal y todos los componentes necesarios para la recopilación, procesamiento, almacenamiento, transmisión, visualización, diseminación y organización de la información (61). Contar con información a la cual se pueda acceder con rapidez, eficiencia y confiabilidad permite adoptar una adecuada toma de decisiones, lo que aporta a las instituciones un factor determinante para disminuir la incertidumbre en los procesos (61).

Por lo general los SI están pensados según el esquema “dato, información y conocimiento”; aun así este esquema no cumple con las características necesarias para orientar la toma de decisiones, por ello es necesario enfocar la información en salud a un esquema más completo que incluya los componentes de comunicación y acción, y así construir un SI para la gestión (63) en el cual, además de capturar, intercambiar, almacenar y gestionar la información clínica, estén enfocados en contribuir a la calidad y eficiencia de la atención de salud, mejorar la accesibilidad a sus servicios y el aumentar el conocimiento médico (64).

El RLCPD es una herramienta que permite recoger vía web información de dónde están y cómo son las personas con algún tipo de discapacidad residentes en Colombia (65), hace parte del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) (66) y realiza el registro de la información resultante del procedimiento de certificación de discapacidad y establece la caracterización y localización geográfica a nivel municipal, distrital, departamental y nacional (67).

Este SI permite disponer de la información recolectada para todos los actores del Sistema Nacional de Discapacidad (SND) por medio de diferentes herramientas que permiten ver información individual o consolidada.

La gestión de los datos e información del RLCPD está basada en esquemas de validación, calidad y cultura del dato, implementados para facilitar el trabajo de las diferentes áreas que propicien una correcta utilización de la información (68); por ello la captura de datos plasmados en el certificado de discapacidad y en la plataforma la realizan los entes encargados de manera continua e integrada, con el fin de disponer de información oportuna, válida y confiable (67).

El RLCPD como sistema de información apoya el desarrollo de planes, programas y proyectos enfocados en los derechos de las PcD ya que este es la única plataforma validada y oficial en el país que proporciona información de calidad sobre la discapacidad, esta herramienta ayuda a priorizar las decisiones y acciones en salud respaldando los análisis de la discapacidad (69).

5.3. Marco normativo/legal

En el mundo
Después de la segunda guerra mundial, a nivel internacional se han creado organizaciones que han tratado de mejorar las condiciones de vida de las PcD y se han formulado una serie de normas, tratados y declaraciones internacionales que protegen los derechos de las PcD.
Declaración Universal de los Derechos Humanos. Es un documento en el que se busca un ideal común para todos los pueblos y naciones, allí se establecen los derechos humanos fundamentales los cuales deben protegerse a nivel mundial. Fue elaborada por representantes de todas las regiones del mundo y fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948. Artículo 1. “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.” (70)
Convención Interamericana para la Eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Artículo 2. “Los objetivos de la presente convención son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.” (71)
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se aprueba la Convención de las Personas con Discapacidad adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 cuyo propósito fundamental es “asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos para todas las personas con discapacidad...” (72)
En Colombia
En Colombia se han formulado algunas leyes, normas, decretos y resoluciones derivadas de la constitución de 1991 que pretenden mejorar la calidad de vida de las PcD y que permiten la participación activa de éstas en la sociedad y la garantía de sus derechos bajo una mirada de inclusión y accesibilidad.

Constitución Política de Colombia de 1991. En su artículo 13 indica que todos los colombianos nacen libres e iguales ante la ley, por esta razón todos gozarán de los mismos derechos y para que esto sea real y efectivo se deberán adoptar medidas que favorezcan a los grupos discriminados o marginados y se llevarán a cabo sanciones para el abuso y maltrato de las personas que atenten estos (73).

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Uno de los principios de esta ley es el enfoque diferencial, el cual “reconoce que existen poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.” (74)

Ley 119 de 1994. Por la cual se reestructura el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, se deroga el Decreto 2149 de 1992 y se dictan otras disposiciones. En su Artículo 4, donde mencionan las funciones del SENA, se propone “organizar programas de formación profesional integral para personas desempleadas y subempleadas y programas de readaptación profesional para personas con discapacidad.” (75)

Ley 181 de 1995. Por la cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte. En su Artículo 3, se mencionan los objetivos rectores que el estado deberá tener en cuenta, entre ellos se encuentra la “formulación y ejecución de programas especiales para la educación física, deporte, y recreación de las personas con discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales, de la tercera edad y de los sectores sociales más necesitados creando más facilidades y oportunidades para la práctica del deporte, de la educación física y la recreación.” (76)

Ley 361 de 1997. Esta ley es considerada como el primer instrumento por el cual se establecen mecanismos de integración social y la promoción de la inclusión social de las PcD (77).

Ley 582 de 2000. Por medio de la cual se define el deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, se reforma la Ley 181 de 1995 y el Decreto 1228 de 1995, y se dictan otras disposiciones (78).

Ley 762 de 2002. Por medio de la cual se aprueba la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, cuyo objetivo principal es la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad (79).

Ley 098 de 2006. En su artículo 36 establece los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, desde la garantía de una calidad de vida plena y en condiciones necesarias para que sean incluidos en la sociedad y puedan realizar sus actividades cotidianas sin dificultades ni barreras (80).

Ley 1145 de 2007. Bajo esta ley se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), en su artículo 1 se menciona el objeto de esta: “impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos.” (81)

Ley 1346 de 2009. Esta ley aprueba la Convención sobre los derechos de las PcD y entra en vigencia en junio del año 2011. En esta convención se formulan los derechos culturales, políticos, sociales y económicos de las PcD. A su vez, incluye los principios generales de la convención los cuales son la no discriminación, igualdad de oportunidades, accesibilidad, e igualdad entre hombres y mujeres (82, 83)

Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. “La presente ley aplicará al tratamiento de datos personales efectuado en territorio colombiano o cuando al Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento no establecido en territorio nacional le sea aplicable la legislación colombiana en virtud de normas y tratados internacionales.” (84)

Ley estatutaria 1618 de 2013. El objetivo de esta ley es garantizar y asegurar el ejercicio pleno de los derechos de las PcD por medio de políticas de inclusión que poco a poco instauren en la sociedad la no discriminación por razón de discapacidad y se logren eliminar las barreras o desigualdades actitudinales, ambientales, sociales, culturales, académicas y económicas de este grupo poblacional (85).

Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Además garantiza el derecho a la salud de las PcD y establece que deben ser consideradas “sujetos de especial protección por parte del estado” (73,86). En su artículo 11 señala que “su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que garanticen las mejores condiciones de atención” (87).

Ley 1752 de 2015. Por medio de la cual se modifica la Ley 1482 de 2011, para sancionar penalmente la discriminación contra las personas con discapacidad. “Esta ley tiene por objeto sancionar penalmente actos de discriminación por razones de raza, etnia, religión, nacionalidad, ideología política o filosófica, sexo u orientación sexual, discapacidad y demás razones de discriminación.” (88)

Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (89).

Resolución 113 de 2020. “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)” (90). En dicha resolución se implementó la certificación de la discapacidad por medio de valoración médica integral, dónde los equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud con previa autorización de las secretarías de salud, serán los encargados de esta función (91).

En Antioquia

A nivel departamental, también existen una serie de ordenanzas para promover el desarrollo de las capacidades de las personas con discapacidad, mejorar su calidad de vida y hacer valer sus derechos y deberes:

Ordenanza N° 10 de 2001. “Por medio de la cual se adopta por parte del departamento de Antioquia el plan nacional de atención a las personas con discapacidad.” Dicho plan tiene como finalidad la prevención, habilitación y rehabilitación, educación, integración familiar y social, integración laboral y social y accesibilidad (92).

Ordenanza N° 20 de 2002. “Por medio de la cual se ordena la creación de los consejos municipales de atención integral a la discapacidad” (93).

Ordenanza N° 33 de 2002. “Por medio de la cual se establecen en el departamento de Antioquia mecanismos para la atención integral a la población con discapacidad” (94).

Ordenanza N° 23 de 2003. “Por medio de la cual se fija la política pública en materia de discapacidad en el departamento de Antioquia” (95).

Ordenanza N° 27 de 2007. “Por medio de la cual se fija el día 18 de junio como el día de la persona en situación de discapacidad “Natalia Álvarez Rebaje” (96).

Ordenanza N° 28 de 2007. “Por medio de la cual se crean e institucionalizan los juegos paralímpicos departamentales” (97)

Documento CONPES social 166 de 2013. Mediante el cual se precisan los compromisos necesarios para llevar a cabo la implementación de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social (83,98).

Ordenanza N° 09 de 2015. “Por la cual se adopta la política pública de discapacidad e inclusión social en el departamento de Antioquia.” En su artículo tercero se describen los principios que orientarán al cumplimiento de los objetivos de la política y se aplicarán para todos los planes, programas y proyectos en discapacidad que se implementen en el departamento (99).

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio

Estudio de corte transversal, basado en la población de PcD desde 2002 hasta 2020 en el departamento de Antioquia, con fuente de información secundaria el RLCPD; fuente oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, de registro voluntario, que proporciona información sobre características demográficas, comunitarias, salud, trabajo y educación de las PcD residentes en Colombia.

La base de datos fue suministrada por la Gobernación de Antioquia, se entregó en formato digital, vía correo electrónico en conjunto con el formulario de discapacidad y el diccionario de datos.

6.2. Población de referencia

La población de referencia estuvo conformada por todos los registros de PcD de Antioquia desde 2002 hasta 2020.

6.3. Población objetivo

Constituida por todos los registros de PcD que fueron registradas en el RLCPD del departamento de Antioquia desde 2002 hasta 2020.

6.4. Muestra y tamaño de la muestra

No se realizó procedimiento de muestreo o selección de muestra, se analizó la totalidad de registros que cumplieron con los criterios de inclusión.

6.5. Unidad de análisis

Fue el registro de cada PcD localizada y caracterizada con alguna discapacidad en Antioquia desde 2002 hasta 2020.

6.6. Criterios de elegibilidad

6.6.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron los registros de PcD que cumplieron con los siguientes criterios

- PcD registradas en el RLCPD
- Registros de PcD donde la variable “departamento” de residencia fuera Antioquia.
- Registros de PcD que la variable “estado” fuera completo, incompleto e inactivo.

6.6.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron registros de PcD que tuvieran las siguientes características

- Registros de PcD que el departamento de residencia fuera diferente al departamento de Antioquia.
- Registros de PcD donde la variable “departamento” no estuviera diligenciada.
- Registros de PcD donde la variable “estado” estuviera diligenciada con valor devuelto (plataforma anterior), valor retirado por cambio de documento, por fallecimiento, por no discapacidad.

6.7. Plan de recolección de la información

Los datos de esta investigación provienen de una fuente secundaria, el RLCPD. Esta es la única fuente de datos oficial y válida para identificar a las PcD en Colombia, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo establecido en el literal e) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 (85). Es un sistema de información que permite recolectar información de las PcD en Colombia y es una herramienta estadística que proporciona información permanente y actualizada sobre este grupo poblacional, facilitando así la toma de decisiones en cuanto a la formulación de políticas públicas encaminadas a mejorar la calidad de vida de las PcD (85).

Los encargados de capturar y/o actualizar la información de las PcD son las Unidades Generadoras de Datos (UGD), instituciones, entidades y organizaciones públicas o privadas que prestan servicios o que interactúan con las PcD, estas entidades deben contar con la capacidad tecnológica y de recurso humano para realizar el registro. Están distribuidas en todo el país y deben ser capacitadas por la dirección municipal, departamental o secretaría de salud respectiva (100).

6.8. Adaptación de instrumentos

Para la recolección de información sobre PcD, se utiliza el formulario de RLCPD, formulario estructurado, de carácter voluntario, sin ningún costo, para la cual solo se exige documento de identificación y la persona que será registrada debe estar presente en ese momento.

Consta de 110 preguntas distribuidas en 7 capítulos, el primero contiene la información personal, el segundo pregunta aspectos de localización y vivienda, en el tercero se encuentra la caracterización y origen de la discapacidad, el cuarto lo relacionado con la salud, en el quinto aspectos afines a la educación para personas de 3 años o más, el sexto capítulo indaga acerca de la participación en actividades familiares o comunitarios también para personas de 3 años o más y el séptimo y último capítulo pregunta sobre aspectos laborales, y se centra en personas de 10 años o más.

En el año 2020 cambia la forma en la que se captura dicha información, ya que mediante la resolución 113 se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el RLCPD, por medio de la valoración clínica realizada por un equipo multidisciplinario de salud, con el fin de identificar deficiencias corporales, psicológicas, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (101).

6.9. Operacionalización de las variables

Con el fin de cumplir satisfactoriamente los objetivos planteados, se crearon algunas variables y se recategorizaron otras. El Anexo 1, da cuenta de la tabla con la operacionalización de las variables, recategorización y creación de nuevas variables.

6.10. Sesgos

La investigación trae consigo sesgos que se dan por efecto o de manera sistematizada, se presentan con frecuencia y no son por cuenta del azar y pueden incidir en la precisión y exactitud de los resultados, muchos de estos no están bajo el control del investigador, menos cuando la fuente de datos con la que se trabaja es secundaria, ya que esta puede traer dificultades desde el diseño del instrumento, hasta el procesamiento de la información, la importancia de analizar los sesgos es saber cómo afectan la validez de lo que se está analizando (102).

Para la actual investigación se trabajó con variables que implican dimensiones individuales y poblacionales, esto aumenta el riesgo de tener sesgos en la investigación, sin embargo fueron evitables en su mayoría. Dentro de la investigación puede presentarse errores sistemáticos y aleatorios; el primero asociado con debilidades del diseño metodológico, para mitigar este sesgo es necesario aplicar diseños metodológicos adecuados y estrategias de recolección de datos apropiadas; el segundo está relacionado con variaciones debidas al azar que están inherentemente involucradas en cada proceso de investigación y que por tanto no puede eliminarse (103).

Los sesgos en esta investigación pueden estar asociados a las variables incluidas, a partir del observador la capacidad de observación de la discapacidad puede estar sujeta a variables externas, esto dado que dos individuos pueden tener percepciones distintas, para mitigar este sesgo se hace necesario homogeneizar la observación para garantizar una adecuada metodología y minimizar errores de medición. El sesgo de memoria incluido en las variables puede presentarse en las preguntas abiertas en las que se estudia posibles antecedentes de circunstancias en etapas previas de la vida, allí pueden existir probabilidades de olvido (102), para disminuir el impacto de este sesgo es necesario implementar estímulos físicos que influya más en los efectos de facilitación que en el recuerdo consciente (104).

Otro tipo de sesgo que puede ser frecuente en la investigación se da por parte del entrevistador y ocurre cuando estos no han sido entrenados de forma adecuada, en este caso el entrevistador inconscientemente puede dar pistas sutiles por medio

del lenguaje corporal o el tono de voz, que influyen sutilmente en el sujeto; con el fin de minimizar este sesgo es necesario capacitar de una manera adecuada a los entrevistadores, evaluando que cuenten con las habilidades y las competencias fundamentales; el entrevistador debe comunicar con claridad al entrevistado los objetivos de la encuesta para así obtener respuestas más precisas (105).

El RLCPD puede contener ítems inadecuados para poder detectar el problema en un determinado grupo de sujetos, alterando en estos la sensibilidad; por ello es necesario normalizar los métodos de medición y estandarizar el procedimiento de medición al igual que el entrenamiento del personal con el instrumento y con la recolección de datos (106).

Al realizar el proceso de obtención de la información en el registro de PcD puede presentarse un sesgo de información presentando una clasificación incorrecta de sujetos o variables. El sesgo de información compromete la validez interna de la investigación y pueden presentarse desde el momento de obtención de los datos; por esta razón, en el RLCPD estos sesgos se pueden dar con frecuencia dado que al momento del registro se pueden presentar un diligenciamiento incorrecto de las variables por parte del personal encargado (102), clasificación inadecuada de personas, variables o atributos en una categoría distinta a la que debía haberse asignado; para mitigar este sesgo es necesario evitar los errores en la medición y/o clasificación de los sujetos, entender los criterios de los diagnósticos, realizar un seguimiento igual entre los grupos de estudio y evitar las pérdidas de información (107).

Para mitigar estos sesgos se realizaron diferentes validaciones antes de realizar el análisis, interpretación y presentación de los resultados; se analizaron todas las variables una a una y se revisaron aspectos como completitud, exactitud y coherencia, comparando los datos registrados en la base de datos con las opciones de respuesta dispuestas en el RLCPD, también se verificaron datos atípicos extremos o perdidos; todo esto con el fin de proteger la calidad del dato y evitar la interpretación errónea de los mismos, pudiendo así garantizar la validez interna del estudio.

6.11. Procesamiento de la información

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el Software SPSS (IBM Corp, 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 21.0. Armonk, NY), allí se realizaron análisis descriptivos, según naturaleza y nivel de medición de las variables, se realizaron pruebas estadísticas necesarias para el análisis de los datos y análisis univariado y multivariado para identificar factores relacionados con la participación familiar, académica y laboral en PcD. Por otro lado, se utilizó la herramienta ArcGIS (Environmental Systems Research Institute, Inc. California, USA) para el mapeo de la incidencia, según municipio. Microsoft Excel ® se utilizó para apoyar el proceso de depuración de la base de datos que consiste en detectar y verificar valores y datos atípicos, también se usó para el análisis y presentación de los gráficos de incidencia y pirámides poblacionales. Para determinar el perfil de las PcD mediante Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) se usó el complemento de Excel XLSTAT (Addinsoft, Paris, France), para el ajuste de tasas se utilizó EPIDAT: programa para análisis epidemiológico de datos. Versión 4.2, julio 2016. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la salud (OPS-OMS); Universidad CES, Colombia. Y para la redacción del informe se utilizó Microsoft Word ®.

6.12. Análisis de los datos

Para dar cumplimiento al primer objetivo, “describir las características sociodemográficas de las personas con discapacidad en Antioquia”, se realizó descripción a través de estimación de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (varianza y desviación estándar) según naturaleza y nivel de medición de las variables (108).

Para el segundo objetivo, “determinar la distribución geográfica y temporal de la incidencia de discapacidad”, se calculó la incidencia tomando como numerador el número de casos nuevos/año de PcD, y como denominador las proyecciones de población del DANE según año y departamento, el resultado entre ambos se multiplicó por una constante, que en este caso es expresada en 1.000 habitantes (109).

$$Tasa\ de\ Incidencia = \frac{\# de\ casos\ nuevos\ de\ PcD\ en\ Antioquia\ entre\ el\ año\ 2002 - Junio\ 2020}{Proyecciones\ de\ población\ del\ DANE,\ según\ año\ y\ departamento} \times 1.000$$

Las tasas se ajustaron utilizando el método directo, la población de referencia corresponde a las proyecciones poblacionales del DANE por grupo de edad. Adicional a esto, se elaboraron mapas de las tasas crudas y ajustadas de discapacidad por subregión, municipio y año; para esto se tomaron las capas del departamento en formato .shp, posteriormente se hace el inner join en ArcGIS con la llave primaria, esto permitió cargar los datos con sus valores a la capa, se realizó el método de clasificación “Natural breaks (Jenks)” para asignar el rango de colores que va desde un color verde claro a rojo.

Para el tercer objetivo, “describir el perfil de las PcD según características personales, familiares, académicas y laborales”, se aplicó la técnica de Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM), para determinar un perfil para los hombres y otro para mujeres con discapacidad en el departamento de Antioquia, dicho análisis está basado en las variables sociodemográficas cuya interpretación se puede hacer según proximidad y semejanza entre variables; las utilizadas para este análisis fueron: edad por grupos quinquenales, estrato socioeconómico, alteración que más afecta, barreras actitudinales, barreras físicas consecuencia de la discapacidad, sabe leer y escribir, ingreso mensual, participa o no en actividades familiares, asiste al servicio de rehabilitación, requiere ayuda permanente de otra persona y último nivel educativo aprobado (110).

Para el cuarto y último objetivo “explorar la relación de algunos factores (edad, sexo, estrato socioeconómico) a la participación familiar, académica y laboral en PcD”, se realizaron 3 modelos de regresión logística binaria, creados paso a paso y hacia adelante, el primero para explorar los factores relacionados con la participación familiar, el segundo a la participación académica y el tercero a la participación laboral. Este análisis de regresión permite explicar el resultado de una variable dependiente en función de variables independientes (111), tales como: sexo, edad, estrato socioeconómico, alteraciones, dificultades, barreras actitudinales, barreras físicas, nivel académico, e ingreso mensual promedio. Las variables dependientes fueron: causa por la cual no estudia de acuerdo a las

categorías 0: “Otras causas”, y 1: “Por su discapacidad”, afectación para trabajar por su discapacidad de acuerdo a las categorías de 0: “No” y 1: “Sí” y causa para no participar en actividades familiares o comunitarias, de acuerdo a las categorías de 0: “Otras causas”, y 1: “Por su discapacidad”.

Inicialmente se construyeron regresiones simples donde se analizó el nivel de significancia de $p < 0.05$, la selección de las variables candidatas a integrar el modelo de regresión logística se hizo con base en el criterio Hosmer y Lemeshow ($p \leq 0,25$), o criterio del investigador y que la literatura refiere como potenciales factores relacionados. Luego, los modelos de regresión logística binaria se construyeron paso a paso y hacia adelante para las 3 variables dependientes con cada subconjunto de variables independientes; las cuales se fueron agregando según orden del R² de Nagelkerke (112).

6.13. Consideraciones éticas

La presente investigación se rige por diferentes normativas que aplican al uso de información para investigaciones, en lo nacional se rige por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; y en su artículo 11 la clasifica como sin riesgo, ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo, y no realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (89). Se cumple con el artículo 15 de la Constitución Colombiana, respetando la intimidad familiar y personal, y el buen nombre de los participantes (45). También cumple con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013 donde se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales (84,113).

A nivel internacional está regida por el código de Núremberg y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA) que establecen los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (114,115).

7. Resultados

7.1. Caracterización sociodemográfica de las personas con discapacidad en Antioquia, desde 2002 hasta 2020.

En el departamento, la enfermedad general fue la causa que más ocasionó discapacidad en el 29,2% de los casos; el 34,3% mujeres y el 24,7% hombres. Entre las causas incidentales, se encontró que los incidentes viales ocasionaron el 31,7% de los casos de discapacidad, los laborales el 27,2% e incidentes en el hogar el 23,5%. Por género, el 16,2% de los hombres y el 7,9% de las mujeres en Antioquia sufrieron discapacidad de origen incidental. Las alteraciones genéticas alcanzaron el 10,4% de los casos; las condiciones de salud de la madre durante el embarazo, el 5,9% de los casos de discapacidad y las complicaciones durante el parto el 2,8%.

El ser víctima de violencia en Antioquia representó el 2,8% de los registros de PcD; la violencia al interior del hogar es la que más generó discapacidad con el 12,6% de los casos, siendo las mujeres quienes más la sufren en un 31,5%. La violencia ocasionada por la delincuencia común ocasionó un 55,4% de casos de discapacidad y la social 24,5%.

Durante el periodo analizado se evidenció que el conflicto armado ocasionó en Antioquia el 0,8% de PcD. Los mecanismos que más ocasionaron discapacidad como consecuencia del conflicto armado fueron las armas de fuego en un 59,9%, bombas y minas antipersonales un 6,3% y 19,0% de los casos respectivamente.

Las dificultades en la prestación de servicios de salud fueron causantes del 0,7% de los casos de discapacidad, la atención médica inoportuna ocasionó el 20,6%, los diagnósticos equívocos el 9,9% y la mala prescripción de fórmulas y medicamentos el 20,7%. Las deficiencias en la atención en salud fueron causantes del 37,9% de los casos de discapacidad en el departamento. (Tabla 1)

Tabla 1. Origen de la discapacidad según sexo. Antioquia 2002 hasta 2020.

Origen de la discapacidad	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
No conoce el origen de su discapacidad	30.549	28,3	30.183	31,5	60.732	29,8
Enfermedad general	26.716	24,7	32.844	34,3	59.560	29,2
Accidente	17.523	16,2	7.597	7,9	25.120	12,3
De tránsito	5.739	32,8	2.218	29,2	7.957	31,7
De trabajo	6.133	35,0	701	9,2	6.834	27,2
En el hogar	2.587	14,8	3.313	43,6	5.900	23,5
Otro tipo de accidente	2.570	14,7	1.203	15,8	3.773	15,0
Deportivo	352	2,0	82	1,1	434	1,7
En el centro educativo	127	0,7	79	1,0	206	0,8
Sin dato	15	0,1	1	0,0	16	0,1
Alteración genética, hereditaria	10.649	9,9	10.543	11,0	21.192	10,4
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	6.521	6,0	5.422	5,7	11.943	5,9
Complicaciones durante el parto	3.205	3,0	2.407	2,5	5.612	2,8
Víctima de violencia	4.416	4,1	1.313	1,4	5.729	2,8
Delincuencia común	2.712	61,4	464	35,3	3.176	55,4
Social	1.079	24,4	327	24,9	1.406	24,5
Al interior del hogar	308	7,0	413	31,5	721	12,6
Otra	313	7,1	108	8,2	421	7,3
Sin dato	4	0,1	1	0,1	5	0,1
Consumo de psicoactivos	1.828	1,7	463	0,5	2.291	1,1
Psicoactivos socialmente no aceptados	1.304	71,3	235	50,8	1.539	67,2
Psicoactivos aceptados socialmente	523	28,6	228	49,2	751	32,8
Sin dato	1	0,1	0	0,0	1	0,0
Enfermedad profesional	1.004	0,9	530	0,6	1.534	0,8
Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)	266	26,5	157	29,6	423	27,6
Medio ambiente físico del lugar de trabajo	266	26,5	146	27,5	412	26,9
Otra causa	152	15,1	115	21,7	267	17,4
Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)	187	18,6	55	10,4	242	15,8
Contaminantes (químicos, biológicos)	102	10,2	37	7,0	139	9,1
Organización del trabajo (psicolaborales)	30	3,0	20	3,8	50	3,3
Sin dato	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Conflicto armado	1.464	1,4	225	0,2	1.689	0,8
Arma de fuego	866	59,2	146	64,9	1.012	59,9
Minas antipersonales MAP	303	20,7	18	8,0	321	19,0
Otro tipo de arma	172	11,7	31	13,8	203	12,0
Bomba	86	5,9	20	8,9	106	6,3
Municiones sin Explotar MUSE	3	0,2	0	0,0	3	0,2
Artefactos Explosivos Improvisados	31	2,1	10	4,4	41	2,4
Sin dato	3	0,2	0	0,0	3	0,2
Dificultades en la prestación de servicios de salud	765	0,7	742	0,8	1.507	0,7
Deficiencias en la calidad de la atención	284	37,1	287	38,7	571	37,9
Formulación o aplicación equivocada de medicamentos	152	19,9	160	21,6	312	20,7
Atención médica inoportuna	171	22,4	140	18,9	311	20,6
Otra	78	10,2	80	10,8	158	10,5
Equivocaciones en el diagnóstico	78	10,2	71	9,6	149	9,9
Otra causa de discapacidad	2	0,3	4	0,5	6	0,4
Lesión autoinfligida	274	0,3	214	0,2	488	0,2
Desastre natural	85	0,1	52	0,1	137	0,1
Otro desastre natural	50	58,8	22	42,3	72	52,6
Deslizamiento	22	25,9	19	36,5	41	29,9
Terremoto	9	10,6	6	11,5	15	10,9
Inundación	4	4,7	5	9,6	9	6,6
Sin dato	238	0,2	239	0,2	477	0,2
Total	108.016	100,0	95.697	100,0	203.713	100,0

La edad promedio de las PcD en el departamento fue de 44 años, con una desviación estándar de 23 años. Los hombres con discapacidad se encuentran más frecuentemente entre los 10 a 14 años, y las mujeres entre los 55 a 59 años. En particular, cuando se pasa de los 15 a 19 años, se observa una frecuencia homogénea de casos entre hombres y mujeres con discapacidad. A partir de los 44 años aumenta la población adulta con discapacidad para ambos sexos, y a partir de los 60 años se empieza a ver una reducción gradual de PcD en todos los grupos para ambos sexos (Figura 1).

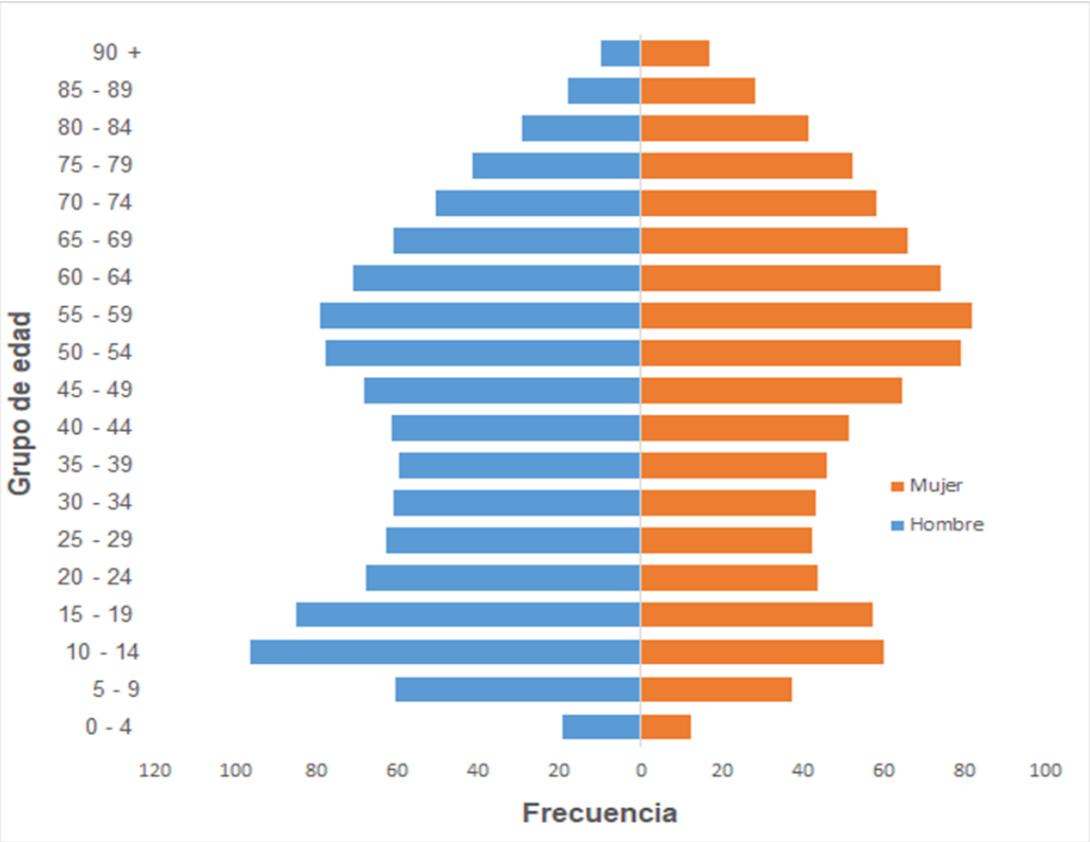


Figura 1. Personas con discapacidad por edad y género. Antioquia 2002 hasta 2020.

El 75,2% de las PcD en Antioquia, pertenecen a los estratos socioeconómicos bajos, estratos 1 y 2, medios 3 y 4 el 21,2% y altos 5 y 6 el 0,9%. Del total de registros de PcD en Antioquia el 2.7% no tenían clasificación socioeconómica. (Tabla 2)

Tabla 2. Estrato socioeconómico de personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Estrato socioeconómico	Total	%
Estrato 1	67.348	33,1
Estrato 2	85.826	42,1
Estrato 3	38.917	19,1
Estrato 4	4.356	2,1
Estrato 5	1.529	0,8
Estrato 6	199	0,1
Sin clasificación	5.511	2,7
Sin dato	27	0,0
Total	203.713	100,0

En cuanto al acceso a los servicios públicos que tienen las PcD en sus viviendas, se evidenció que el servicio al que se tiene mayor acceso es la energía eléctrica, a la cual acceden el 96,4% de PcD, seguido del servicio de acueducto con el 84,2% y los servicios de recolección de basuras con en un 78,9%. Por el contrario, el acceso a la red pública de gas es del 59,4% y se observa que este es el servicio de menor acceso para las PcD, seguido del servicio telefónico con el 41,9% de los casos y el agua potable con el 22,6%. (Tabla 3)

Tabla 3. Servicios públicos con los que cuentan las personas con discapacidad en su hogar, Antioquia 2002 hasta 2020.

Servicio	Acceso a servicios públicos					
	Sí	%	No	%	SD	%
Gas conectado a red pública	82.616	40,6	121.087	59,4	10	0,0
Servicio de teléfono	118.413	58,1	85.290	41,9	10	0,0
Agua potable	157.270	77,2	46.101	22,6	342	0,2
Alcantarillado	157.890	77,5	45.813	22,5	10	0,0
Servicio de recolección de basuras	160.642	78,9	43.061	21,1	10	0,0
Servicio de acueducto	171.620	84,2	32.083	15,7	10	0,0
Energía eléctrica	196.369	96,4	7.334	3,6	10	0,0

SD: Sin dato

En el departamento las alteraciones más frecuentes son aquellas asociadas al sistema nervioso en el 37,4% de los casos, seguida de las alteraciones del movimiento del cuerpo en el 35,5%, y las alteraciones en los ojos en el 8,8%. A causa de su discapacidad el 0,4% de las personas tuvieron alteraciones en la piel, uñas o cabello y el 0,2% presentaron alteraciones en el olfato, el tacto o gusto. (Figura 2)

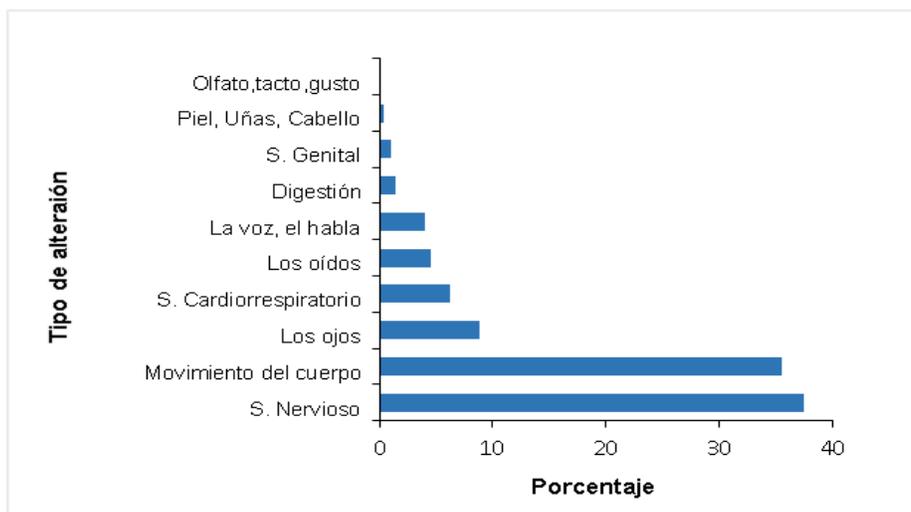


Figura 2. Tipo de alteración que más afecta a personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

La actividad que más se dificulta realizar a las PcD es caminar, correr o saltar representada por el 48,3% de PcD; seguida de la dificultad para pensar o memorizar se le dificulta al 44,9%; hablar y comunicarse es dificultad para el 24,0% de los casos; las dificultades que menos presentan las PcD están relacionadas con masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos en el 5,6% de los casos, mantener piel, uñas y cabellos sanos en el 3,0% y distinguir sabores u olores en el 1,7%. (Figura 3)

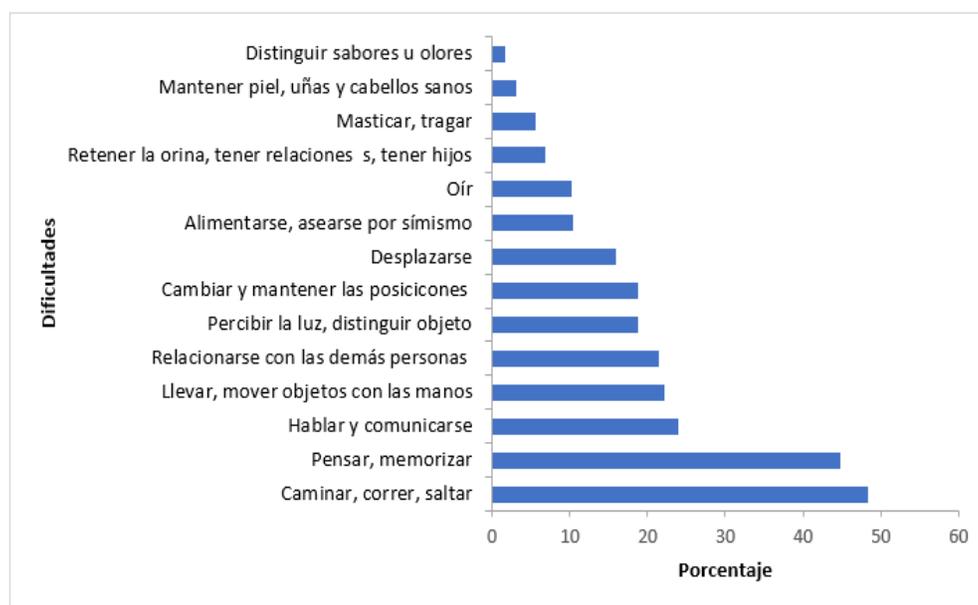


Figura 3. Tipo de dificultad que más afecta a personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Sobre el diagnóstico oportuno de su discapacidad, el 70,6% de PcD aseguraron ser diagnosticadas oportunamente, por el contrario, el 29,0% aseguraron no haber sido diagnosticados a tiempo. (Anexo 3)

Del total de PcD en el departamento el 38.3% requieren ayuda permanente de otra persona para realizar sus actividades diarias, el 35,3% aseguró que la persona que más le ayuda es algún miembro del hogar, el 1,6% dicen que quien más le ayuda para sobrellevar su discapacidad es una empleada o persona externa paga,

el 0,9% recibe la ayuda por parte de personas que no son parte del hogar y que no reciben algún tipo de ingreso económico por esta labor. (Tabla 4)

Tabla 4. Persona que más le ayuda a las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Persona que más le ayuda	Total	%
No requiere ayuda de otra persona	124.666	61,2
Algún miembro del hogar	71.957	35,3
Persona externa empleada para ayudarlo	3.286	1,6
Persona externa no empleada	1.801	0,9
Otra	1.108	0,5
Sin dato	895	0,4
Total	203.713	100,0

Del total de PcD, el 15,0% aseguraron estar recuperándose de su discapacidad. Las personas que sienten que su carga de enfermedad ha disminuido atribuyen su recuperación a los servicios de salud y rehabilitación recibidos en un 5,8% de los casos, el 3,6% a la ayuda de Dios y el 3,4% al apoyo familiar. (Anexo 4)

En cuanto a los servicios rehabilitación, del total de PcD del departamento de Antioquia, el 40,6% aseguraron asistir a dichos servicios, y el 37,67% no asistían, el 21,37% no lo hacían porque no le ordenaron rehabilitación para tratar su discapacidad. (Figura 4)

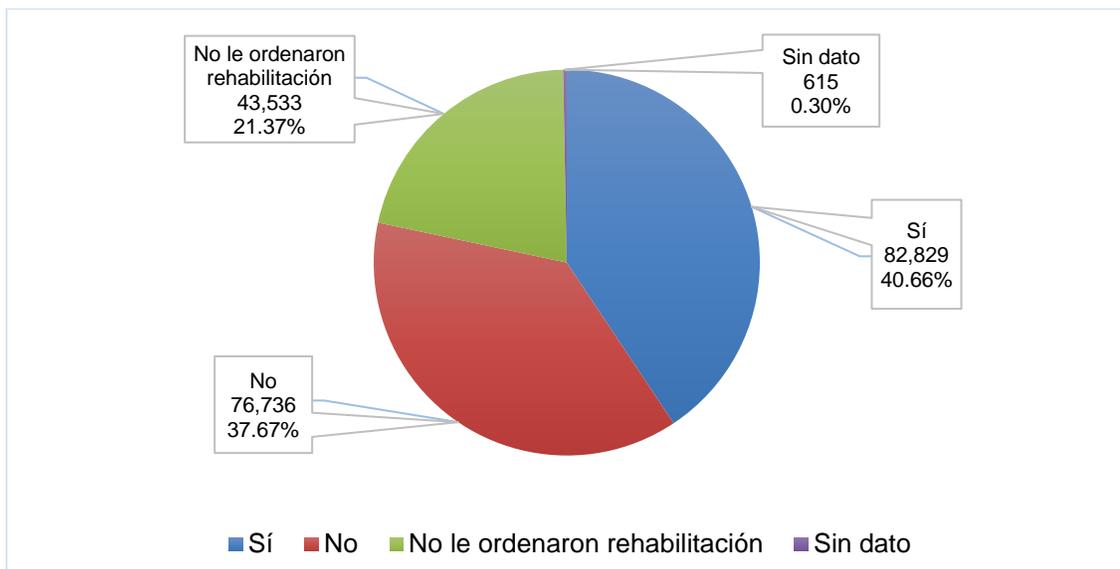


Figura 4. Asistencia a servicios de rehabilitación en personas con discapacidad, Antioquia 2002 hasta 2020.

Las principales causas por las cuales las PcD no asisten a los servicios de rehabilitación fueron en primer lugar la falta de dinero en el 15,2% de los casos, el 10,9% no sabe por qué no asiste, el 9,8% de PcD no asistió porque no contaban con la autorización del asegurador y el 5,7% asegura ya haber culminado con su proceso de rehabilitación. Del total de registros el 3,1% cree no necesitar los servicios de rehabilitación y el 0,9% no asisten a servicios de rehabilitación porque no tiene la autonomía para asistir y no tiene una persona que lo asista en el traslado a los centros de rehabilitación. (Tabla 5)

Tabla 5. Causa de no asistir a servicios de rehabilitación en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Causa de no asistencia a rehabilitación	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Si recibe rehabilitación	41.722	38,6	41.100	43,0	82.822	40,6
Falta de dinero	17.266	16,0	13.621	14,2	30.887	15,2
No sabe	11.794	10,9	10.431	10,9	22.225	10,9
No ha sido autorizado por el asegurador	10.203	9,4	9.712	10,1	19.915	9,8
Ya terminó el servicio de rehabilitación	6.672	6,2	4.933	5,2	11.605	5,7
Cree que ya no la necesita	3.565	3,3	2.684	2,8	6.249	3,1
El centro de atención queda muy lejos	2.552	2,4	2.092	2,2	4.644	2,3
No le gusta	2.786	2,6	1.712	1,8	4.498	2,2
No hay quien lo lleve	914	0,8	896	0,9	1.810	0,9
Sin dato	10.542	9,8	8.516	8,9	19.058	9,4
Total	108.016	100,0	95.697	100,0	203.713	100,0

Del total de PcD, al 21,4% no le ordenaron rehabilitación, los responsables del pago del servicio de rehabilitación es asumido en mayor porcentaje por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el 33,1% de los pagos, seguido de pagos familiares en el 2,8% de los casos y en el 0,9% de los casos los gastos son asumidos de manera personal por la PcD. (Tabla 6)

Tabla 6. Pagador del proceso de rehabilitación en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Pagador	Total	%
No asiste a rehabilitación	73.461	36,1
El sistema general de salud	67.506	33,1
No le ordenaron rehabilitación	43.533	21,4
Otro	9.935	4,9
La familia	5.763	2,8
Personalmente	1.864	0,9
El empleador	651	0,3
ONG	349	0,2
Sin dato	651	0,3
Total	203.713	100,0

En cuanto a las PcD que les ordenaron usar o creen necesitar ayudas, al 23,0% de PcD les ordenaron usar ayudas técnicas, al 3,6% le ordenaron usar prótesis; y al 41,8% le ordenaron usar medicamentos. (Anexo 5)

En el departamento 70.217 PcD no saben leer ni escribir, el Valle de Aburrá presenta el 48,4% de los casos de PcD que no saben leer ni escribir, en segundo lugar se ubica la subregión oriente el 12,0% y la subregión suroeste con el 8,8%. La subregión con menor número de casos de PcD que no saben leer ni escribir es Magdalena Medio con el 2,8%. (Tabla 7)

Tabla 7. Personas con discapacidad que no saben leer y escribir. Antioquia 2002 hasta 2020.

Subregión	Sabe leer y escribir					
	Si	%	No	%	SD	%
Valle de Aburrá	84.490	65,0	33.963	48.4	1.851	51,3
Oriente	13.743	10,6	8.459	12.0	388	10,8
Suroeste	7.233	5,6	6.187	8.8	192	5,3
Urabá	5.500	4,2	5.645	8.0	484	13,4
Norte	5.256	4,0	3.912	5.6	145	4,0
Occidente	3.995	3,1	3.830	5.5	144	4,0
Nordeste	3.849	3,0	3.166	4.5	136	3,8
Bajo Cauca	3.178	2,4	3.101	4.4	187	5,2
Magdalena Medio	2.644	2,0	1.954	2.8	81	2,2
Total	129.888	100,0	70.217	100,0	3.608	100,0

SD: Sin dato

Según nivel académico el 41,9% de PcD alcanzaron como máximo nivel académico básica primaria, el 21,8% básica secundaria y el 2,9% aseguraron haber cursado solo preescolar. Del total de PcD registradas, el 2,4% tenían un nivel académico superior (técnico, tecnológico), universitario el 1,4% y posgrado el 0,1%, (Tabla 8)

Tabla 8. Último grado académico aprobado por las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Nivel académico	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Preescolar	3.349	3,1	2.460	2,6	5.809	2,9
Básica primaria	44.241	41,0	41.109	43,0	85.350	41,9
Básica secundaria	24.291	22,5	20.194	21,1	44.485	21,8
Técnico o Tecnológico	2.413	2,2	2.446	2,6	4.859	2,4
Universitario	1.513	1,4	1.318	1,4	2.831	1,4
Postgrado	145	0,1	139	0,1	284	0,1
Ninguno	30.703	28,4	26.994	28,2	57.697	28,3
Sin dato	1.361	1,3	1.037	1,1	2.398	1,2
Total	108.016	100,0	95.697	100,0	203.713	100,0

Del total de PcD en el departamento el 29,6% aseguran no estudiar a causa de su discapacidad. El 27,1% de PcD no estudian porqué ya terminaron o no están en edad escolar, por costos educativos elevados no estudian el 5,7%, porque necesitaba trabajar el 4,3% y porque no le gustaba o no le interesaba el estudio el 3,2% de los casos. (Tabla 9)

Tabla 9. Causa principal por la que las personas con discapacidad no estudian. Antioquia 2002 hasta 2020.

Causa de no estudio	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Por su discapacidad	32.218	29,8	28.182	29,4	60.400	29,6
Ya terminó / no está en edad escolar	25.374	23,5	29.782	31,1	55.156	27,1
Otra razón	9.460	8,8	9.260	9,7	18.720	9,2
Costos educativos elevados o falta de dinero	6.111	5,7	5.545	5,8	11.656	5,7
Los docentes atienden sus necesidades educativas	5.737	5,3	3.701	3,9	9.438	4,6
Necesita trabajar	6.110	5,7	2.557	2,7	8.667	4,3
No le gusta o no le interesa el estudio	4.008	3,7	2.515	2,6	6.523	3,2
Por falta de tiempo	1.750	1,6	1.758	1,8	3.508	1,7
Su familia no quiere que estudie	592	0,5	953	1,0	1.545	0,8
No existe centro educativo cercano	702	0,6	749	0,8	1.451	0,7
Falta de cupos	276	0,3	191	0,2	467	0,2
Perdió el año o fue expulsado	205	0,2	104	0,1	309	0,2
No aprobó el examen de ingreso	115	0,1	75	0,1	190	0,1
Sin dato	15.358	14,2	10.325	10,8	25.683	12,6
Total	108.016	100,0	95.697	100,0	203.713	100,0

Del 16,1% de PcD que asisten a algún establecimiento educativo el 14,2% lo hicieron en un centro educativo público y el 1,9% en instituciones privadas. El 11,5% asegura que los docentes atienden las necesidades educativas y el 4,6% aseguran que no.

En los últimos 6 meses, el 31,9% de PcD se encontraban incapacitados permanentemente para trabajar y no contaban con pensión, el 15,1% se encontraban realizando oficios en el hogar, el 14,0% estudiando, el 9,7% trabajando, y el 3,5% de PcD estaban buscando trabajo. (Anexo 6)

El 64,5% de PcD en Antioquia indicó vivir sin ingreso económico, el 19,1% vive con menos de COP \$500.000 al mes y el 0.1% registró vivir al mes con ingresos económicos superiores a los \$2 '500.000 COP. (Tabla 10)

Tabla 10. Ingreso mensual promedio de las personas con discapacidad según género. Antioquia 2002 hasta 2020.

Ingreso mensual	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Sin Ingreso	65.096	60,2	66.292	69,2	131.388	64,5
Menos de \$500.000	23.742	21,9	15.108	15,7	38.850	19,1
De \$ 500.001 a \$1'000.000	7.575	7,0	5.411	5,6	12.986	6,4
De \$1'000.001 a \$1'000.000	617	0,5	412	0,4	1.029	0,5
De \$1'000.001 a \$2'000.000	180	0,1	132	0,1	312	0,2
De \$2'000.001 a \$2'000.000	79	0,0	56	0,0	135	0,1
Más de \$2'500.000	94	0,0	54	0,0	148	0,1
No Informa	2.814	2,6	2.460	2,5	5.274	2,6
Sin dato	7.819	7,2	5.772	6,0	13.591	6,7
Total	108.016	100,0	95.697	100,0	203.713	100,0

Las barreras físicas percibidas por las PcD que se presentaron con mayor frecuencia están relacionadas principalmente con los espacios públicos, donde las calles y vías fueron las principales barreras identificadas en el 48,9% de los registros, seguida de escaleras en un 41,9% y vehículos de transporte público en el 39,4% de los casos. Parques, andenes, aceras y pasillos también se constituyen como una barrera física para las PcD. Las barreras físicas en el hogar se perciben mayoritariamente en el baño en el 14,7%, dormitorio el 8,9% y sala en el 8,4%. (Tabla 11)

Tabla 11. Barreras ambientales percibidas por las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Barreras Ambientales		Hombre	Mujer	Total	%
Calle, Vías	Si	48.545	51.051	99.596	48,9
	No	59.268	44.451	103.719	50,9
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Escaleras	Si	40.951	44.341	85.292	41,9
	No	66.862	51.161	118.023	57,9
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Vehículos de transporte público	Si	39.193	40.978	80.171	39,4
	No	68.620	54.524	123.144	60,5
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Parques	Si	28.528	30.239	58.767	28,9
	No	79.285	65.263	144.548	71,0
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Andenes, Aceras	Si	27.402	29.726	57.128	28,0
	No	80.411	65.776	146.187	71,8
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Paraderos	Si	24.770	26.830	51.600	25,3
	No	83.043	68.672	151.715	74,5
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Lugares de trabajo	Si	27.716	21.799	49.515	24,3
	No	80.097	73.703	153.800	75,5
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Centros Comerciales	Si	21.248	22.722	43.970	21,6
	No	86.565	72.780	159.345	78,2
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Centros de Salud	Si	20.016	22.005	42.021	20,6
	No	87.797	73.497	161.294	79,2
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Centros educativos	Si	21.118	18.699	39.817	19,6
	No	86.695	76.803	163.498	80,3
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Pasillos, Patios	Si	17.323	19.625	36.948	18,1
	No	90.490	75.877	166.367	81,7
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Otros lugares	Si	17.657	17.385	35.042	17,2
	No	90.156	78.117	168.273	82,6
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0

Baño	Si	14.840	15.058	29.898	14,7
	No	92.973	80.444	173.417	85,1
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Dormitorio	Si	9.044	9.086	18.130	8,9
	No	98.769	86.416	185.185	90,9
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Sala	Si	8.384	8.729	17.113	8,4
	No	99.429	86.773	186.202	91,4
	SD	203	195	398	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0

SD "Sin Dato", NO: No percibe barreras físicas, SI: Si percibe barreras físicas

Las PcD en Antioquia manifestaron percibir barreras actitudinales y/o personales, por parte de familiares en el 8,4% de los casos, amigos en el 8,1%, vecinos en el 6,5%. En menor porcentaje, el 3,1% de las PcD expresaron percibir barreras actitudinales por parte de empleados. (Tabla 12)

Tabla 12. Barreras actitudinales percibidas por las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Barreras actitudinales		Hombre	Mujer	Total	%
Familiares	Si	8.783	8.235	17.018	8,4
	No	98.996	87.248	186.244	91,4
	SD	237	214	451	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Amigos	Si	10.038	6.411	16.449	8,1
	No	97.741	89.072	186.813	91,9
	SD	237	214	451	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Otras personas	Si	8.038	5.960	13.998	6,9
	No	99.741	89.523	189.264	92,9
	SD	237	214	451	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Vecinos	Si	7.482	5.649	13.131	6,5
	No	100.297	89.834	190.131	93,5
	SD	237	214	451	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Empleados	Si	3.935	2.458	6.393	3,1
	No	103.844	93.025	196.869	96,9
	SD	237	214	451	0,2
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0

SD "Sin Dato", NO: No percibe barreras actitudinales, SI: Si percibe barreras actitudinales

Con relación a la participación en actividades, el 69,7% de PcD afirmaron participar de actividades familiares; el 47,0% en actividades religiosas; el 29,5% en actividades comunitarias. Las actividades en las que se observó un menor porcentaje de participación es en las productivas, ciudadanas y en la educación no formal con un 6,0%, 5,4% y 2,3% respectivamente. (Tabla 13)

Tabla 13. Participación en actividades familiares o comunitarias de las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Actividades		Hombre	Mujer	Total	%
Familiares	Si	74.562	67.369	141.931	69,7
	No	25.795	22.160	47.955	23,5
	SD	7.659	6.168	13.827	6,8
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Religiosas	Si	47.186	48.621	95.807	47,0
	No	53.171	40.908	94.079	46,2
	SD	7.659	6.168	13.827	6,8
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Comunidad	Si	33,401	26,731	60,132	29,5
	No	66,956	62,798	129,754	63,7
	SD	7,659	6,168	13,827	6,8
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Deportivas	Si	20,307	13,775	34,082	16,7
	No	80,050	75,754	155,804	76,5
	SD	7,659	6,168	13,827	6,8
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Culturales	Si	9,617	8,272	17,889	8,8
	No	90,740	81,257	171,997	84,4
	SD	7,659	6,168	13,827	6,8
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Productivas	Si	800	4,139	12,139	6,0
	No	92,357	85,390	177,747	87,3
	SD	7,659	6,168	13,827	6,8
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Ciudadanas	Si	6,066	4,924	10,990	5,4
	No	94,291	84,605	178,896	87,8
	SD	7,659	6,168	13,827	6,8
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Educación no formal	Si	2,683	2,029	4,712	2,3
	No	97,674	87,500	185,174	90,9
	SD	7,659	6,168	13,827	6,8
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0
Otras	Si	2,546	2,024	4,570	2,2
	No	97,811	87,505	185,316	91,0
	SD	7,659	6,168	13,827	6,8
	Total	108.016	95.697	203.713	100,0

SD "Sin Dato", NO: No participa en actividades familiares, SI: Si participa en actividades familiares

La principal razón por la cual las PcD no participan en actividades familiares, educativas, religiosas, productivas y deportivas, está asociada a su discapacidad en un 34,5% de los casos, el 5,2% no participa debido a la falta de dinero y el 4,8% por falta de tiempo. El 2,2% no participa porque no cree en las actividades realizadas y el 2,1% prefiere resolver sus problemas solo y no participar. (Tabla 14)

Tabla 14. Razón para no participar en actividades familiares o comunitarias. Antioquia 2002 hasta 2020.

Razón de no participar	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Por su discapacidad	34.829	32,2	35.380	37,0	70.209	34,5
No existe o no la conoce	18.597	17,2	16.089	16,8	34.686	17,0
Otra	15.002	13,9	12.361	12,9	27.363	13,4
Participa en alguna organización	13.196	12,2	12.359	12,9	25.555	12,5
Falta de dinero	5.698	5,3	4.945	5,2	10.643	5,2
Falta de tiempo	5.244	4,9	4.630	4,8	9.874	4,8
No cree en ellas	2.752	2,5	1.728	1,8	4.480	2,2
Prefiere resolver sus problemas solo	2.671	2,5	1.609	1,7	4.280	2,1
Siente rechazo u obstaculización	1.427	1,3	1.098	1,1	2.525	1,2
Sus principios o se lo impiden	107	0,1	88	0,1	195	0,1
Sin dato	8.493	7,9	5.410	5,7	13.903	6,8
Total	108.016	100,0	95.697	100,0	203.713	100,0

7.2. Distribución geográfica y temporal de la incidencia de discapacidad en Antioquia, desde 2002 hasta 2020.

En Antioquia entre 2002 y 2020 se tuvo registro de 203.713 PcD, de las cuales el 53,0% eran hombres y el 46,9% mujeres. Por subregión, el mayor número de PcD se encontró en la subregión del Valle de Aburrá, donde se concentró el 59,1% de PcD, seguido de la subregión Oriente con el 11,1% de los casos y la subregión Suroeste donde hubo registro del 6,7% de PcD. La subregión con menor registro de PcD fue Magdalena Medio con el 2,3%. El año 2018 fue el de mayor registro de casos en el departamento, con el 14,6% de PcD registradas, en contraste el año 2002 fue del de menor registro, con 5 PcD registradas. (Tabla 15)

Tabla 15. Distribución geográfica y temporal del número de personas registradas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Año	Valle de Aburrá		Oriente		Suroeste		Urabá		Norte		Occidente		Nordeste		Bajo cauca		Magdalena medio		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2002	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
2003	2.149	73,1	72	2,4	572	19,5	1	0,0	144	4,9	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	2.940
2004	13	0,5	1.611	60,3	578	21,6	1	0,0	310	11,6	1	0,0	43	1,6	0	0,0	115	4,3	2.672
2005	2.512	23,9	1.765	16,8	1.467	13,9	1.427	13,5	479	4,5	1.276	12,1	547	5,2	2	0,0	1.057	10,0	10.532
2006	2.767	29,2	255	2,7	269	2,8	1.115	11,8	1.161	12,3	592	6,3	405	4,3	2.430	25,7	476	5,0	9.470
2007	2.730	75,4	274	7,6	231	6,4	372	10,3	2	0,1	2	0,1	2	0,1	2	0,1	5	0,1	3.620
2008	359	16,5	287	13,2	36	1,7	28	1,3	282	13,0	70	3,2	282	13,0	2	0,1	825	38,0	2.171
2009	4	0,1	1.677	32,2	2.26	43,4	524	10,1	422	8,1	318	6,1	2	0,0	1	0,0	0	0,0	5.208
2010	13.620	99,8	2	0,0	3	0,0	6	0,0	4	0,0	10	0,1	4	0,0	3	0,0	2	0,0	13.654
2011	611	98,7	1	0,2	0	0,0	1	0,2	2	0,3	0	0,0	2	0,3	1	0,2	1	0,2	619
2012	1.720	36,7	885	18,9	252	5,4	624	13,3	396	8,5	403	8,6	348	7,4	27	0,6	30	0,6	4.685
2013	11.843	50,8	5.014	21,5	1.146	4,9	1.251	5,4	1.227	5,3	848	3,6	696	3,0	1.023	4,4	287	1,2	23.335
2014	7.175	54,9	939	7,2	864	6,6	1.897	14,5	426	3,3	482	3,7	773	5,9	119	0,9	384	2,9	13.059
2015	16.500	77,2	1.281	6,0	889	4,2	872	4,1	425	2,0	685	3,2	295	1,4	374	1,8	46	0,2	21.367
2016	3.796	55,9	547	8,1	409	6,0	597	8,8	459	6,8	201	3,0	316	4,7	306	4,5	161	2,4	6.792
2017	15.747	73,4	1.132	5,3	1.853	8,6	589	2,7	330	1,5	597	2,8	379	1,8	216	1,0	609	2,8	21.452
2018	18.475	62,1	365	12,3	1.141	3,8	1.187	4,0	1.527	5,1	1.394	4,7	1.189	4,0	1.016	3,4	187	0,6	29.766
2019	17.687	66,9	2.276	8,6	899	3,4	810	3,1	1.249	4,7	762	2,9	1.723	6,5	636	2,4	400	1,5	26.442
2020	2.592	43,8	921	15,5	743	12,5	327	5,5	468	7,9	328	5,5	144	2,4	308	5,2	93	1,6	5.924
Total	120.304	59,1	22.590	11,1	13.612	6,7	11.629	5,7	9.313	4,6	7.969	3,9	7.151	3,5	6.466	3,2	4.679	2,3	203.713

En el departamento desde el año 2002 a junio de 2020 se registraron un total de 108.016 hombres y 95.697 mujeres con discapacidad; de ahí que la razón hombre/mujer sea 112,9, es decir, por cada 100 mujeres con discapacidad hay 112,9 hombres. En la mayoría de subregiones es superior la frecuencia de hombres con discapacidad frente a las mujeres, al igual que en el total del departamento. La subregión Norte, conformada por 17 municipios, presenta la razón hombre/mujer con alguna discapacidad más alta en el departamento; encontrando que hay 140,5 hombres por cada 100 mujeres, seguida por la subregión Nordeste con una razón de 136,2 hombres por cada 100 mujeres y Urabá con 134,9 hombres por cada 100 mujeres. La razón hombre/mujer con discapacidad más baja se encontró en la subregión del Valle de Aburrá, en la que hay 104,8 hombres por cada 100 mujeres. (Tabla 16)

Tabla 16. Razón hombre-mujer de personas con discapacidad por subregión. Antioquia 2002 hasta 2020.

Subregión	Género		Razón
	Hombre	Mujer	
Norte	5.441	3.872	140,5
Nordeste	4.123	3.028	136,2
Urabá	6.678	4.951	134,9
Occidente	4.570	3.399	134,5
Oriente	12.369	10.221	121,0
Suroeste	7.355	6.257	117,5
Bajo Cauca	3.455	3.011	114,7
Magdalena Medio	2.449	2.230	109,8
Valle de Aburrá	61.576	58.728	104,8
Total	108.016	95.697	112,9

La incidencia de discapacidad en el departamento de Antioquia entre el año 2002 y 2020 alcanzó su pico más alto en el año 2018 donde se registraron 146,1 PcD por cada 1.000 habitantes; seguido del año 2019, dónde la incidencia fue de 129,8 PcD por 1.000 habitantes. En el año 2002 el departamento registró la menor incidencia de discapacidad, 0,02 PcD por cada 1.000 habitantes. (Figura 5)

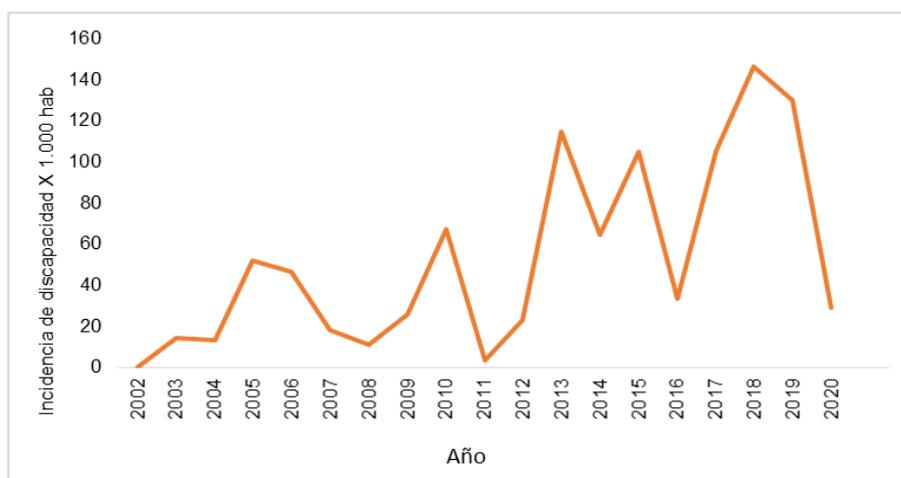


Figura 5. Tasa cruda de incidencia de discapacidad x 1000 habitantes. Antioquia 2002 hasta 2020.

Para todas las subregiones entre los años 2005 y 2006 se presentaron incrementos en el registro de casos de discapacidad; según las tasas crudas de

incidencia por subregión, el registro más alto de casos de discapacidad se presentó en la subregión del Bajo Cauca, con una tasa cruda de incidencia de 11,9 PcD por cada 1.000 habitantes. La menor incidencia para todas las subregiones se registró en el año 2002, con una incidencia de 0,00 PcD por 1.000 habitantes. (Figura 6)

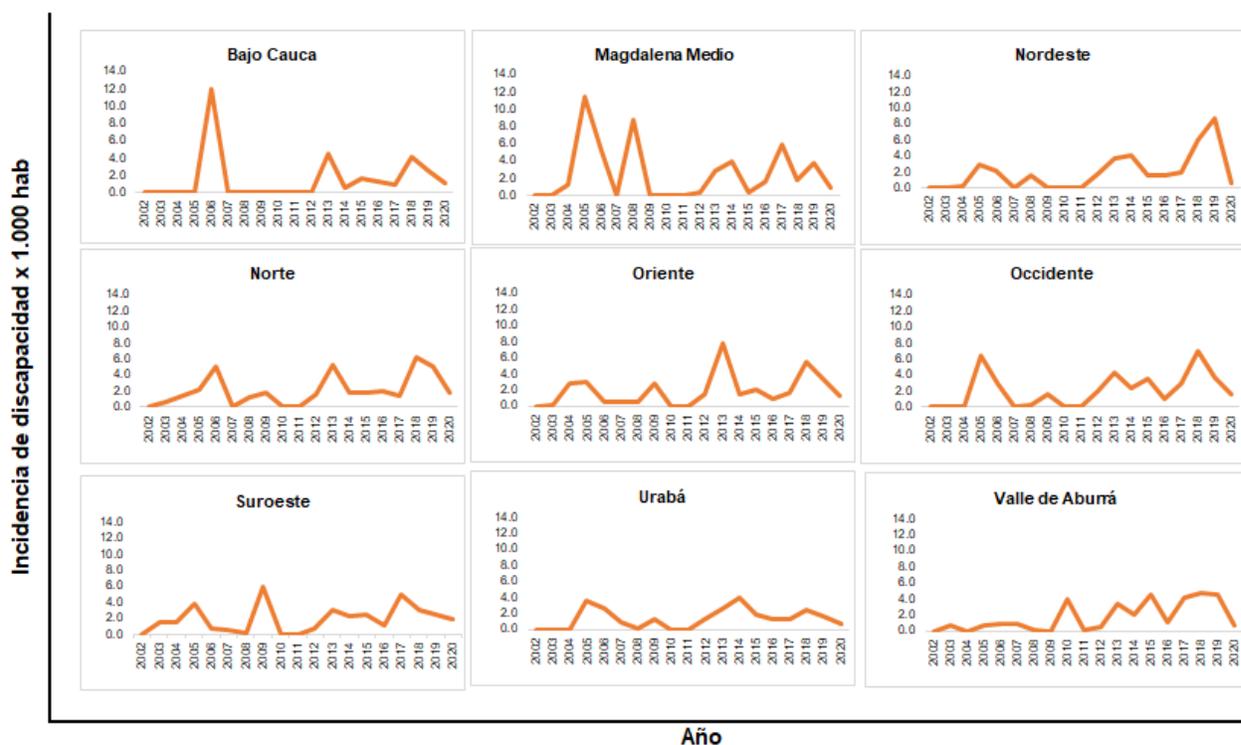


Figura 6. Incidencia de discapacidad x 1.000 habitantes según subregión y año. Antioquia 2002 hasta 2020.

Las tasas de discapacidad estimadas en Antioquia han experimentado un aumento gradual; la mayor tasa cruda de discapacidad por todas las causas se presentó en la subregión del Bajo Cauca, conformada por los municipios de Caucasia, El Bagre, Cáceres, Nechí, entre otros, la cual pasó de una tasa cruda de discapacidad de 0,00 por cada 1.000 habitantes en el periodo 2002-2005 a 11,9 en el año 2006. Las cifras señalan además que las tasas para esta subregión en el periodo comprendido entre el 2007 a 2012 tuvieron un notable descenso; en el año 2013 la subregión tuvo su segundo pico con una tasa de discapacidad de 4,5 casos de PcD por 1.000 habitantes; al realizar el ajuste de tasas para esta

subregión en el año 2006, se observó aumento en los casos de discapacidad, pasando de una tasa cruda de 11,9 a una tasa ajustada de 15,0 PcD por 1.000 habitantes. (Anexo 7)

La subregión del Magdalena Medio integrada por los municipios de Caracolí, Maceo, Puerto Berrío, Puerto Nare, Puerto Triunfo, entre otros; tuvo un aumento en las tasas de discapacidad entre el año 2004 al 2005, pasando de una tasa cruda de discapacidad de 1,2 PcD por cada 1.000 habitantes a 11,4. La tasa cruda para la subregión norte conformada por los municipios de Remedios, Segovia, Amalfi, Anorí, Cisneros, entre otros; para el año 2014 fue de 4,0 PcD por 1.000 habitantes, con una tasa ajustada de 4,3. La subregión Nordeste tuvo su mayor pico de registros para el año 2006, teniendo una tasa de discapacidad de 5,0 PcD por 1.000 habitantes. Al igual que la mayoría de subregiones, Occidente comprendida por los municipios de Abriaquí, Anzá, Armenia, Buriticá, Cañasgordas, entre otros; presentó su mayor registro de casos de discapacidad en el periodo 2004 - 2005 pasando de una tasa de discapacidad de 0,0 PcD a 6,4 por 1.000 habitantes.

El segundo pico de discapacidad se evidenció en el año 2015, con una tasa cruda de discapacidad de 3,5 PcD por cada 1.000 habitantes. Para la subregión de Oriente conformada por los municipios de Rionegro, La Ceja del Tambo, Guarne, El Carmen de Viboral, El Retiro, Marinilla, entre otros; las tasas de discapacidad se incrementaron al pasar de 1,4 en el año 2012 a 7,9 PcD por 1.000 habitantes en el año siguiente. La subregión Suroeste por su parte para el año 2009 presentó su mayor registro de casos de discapacidad con una tasa cruda de de 6,0 PcD por 1.000 habitantes. Para Urabá las tasas oscilaron en el período 2002 - 2020, entre 0,0 y 4,0 por 1.000 habitantes. El Valle de Aburrá integrado por los municipios de Medellín, Bello, Envigado, Itagüí, Sabaneta, La Estrella, entre otros; para el año 2018 presentó una tasa cruda de 4,8 PcD por 1.000 habitantes. Para la mayoría de subregiones en el año 2020 se presentó el menor número de casos de discapacidad. (Figura 7)

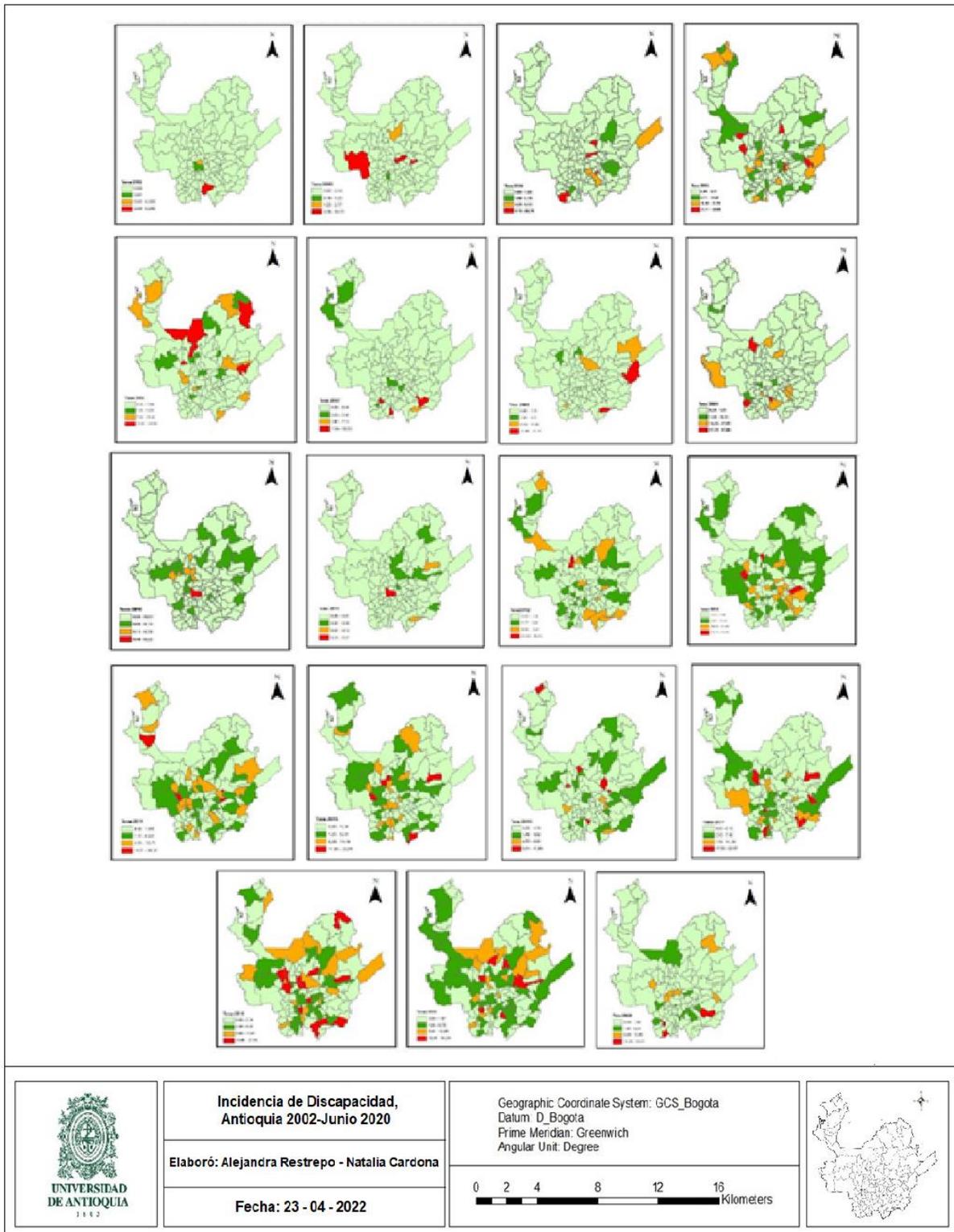


Figura 7. Tasa municipal cruda de discapacidad por 1.000 habitantes. Antioquia 2002 hasta 2020.

7.3. Perfil de las personas con discapacidad según características personales, familiares, educativas y laborales en Antioquia 2002 hasta 2020.

Para determinar el perfil de las PcD se realizó diagrama perceptual a partir del cual se construyeron 3 perfiles para los hombres y 3 perfiles para las mujeres.

7.3.1. Perfil general de los hombres con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

El primer perfil está conformado por hombres con discapacidad donde el último nivel educativo aprobado es postgrado y su ingreso mensual promedio está entre \$1'000.000 y \$2'500.000.

Un segundo perfil conformado por hombres con discapacidad, que saben leer y escribir, la consecuencia de su discapacidad está asociada a la violencia y al conflicto armado, sus ingresos mensuales en promedio están entre \$500.000 y \$1'000.000, el último nivel educativo aprobado de este grupo corresponde a básica secundaria, técnico o tecnólogo y universitario.

El tercer perfil está integrado por hombres con discapacidad entre los 10 y 14 años, donde la consecuencia de su discapacidad es por condiciones de salud de la madre durante el embarazo, o complicaciones durante el parto, el último nivel educativo aprobado es preescolar y algunos no tienen estudios, no saben leer ni escribir y la alteración que más les afecta es la voz y el habla. (Figura 8)

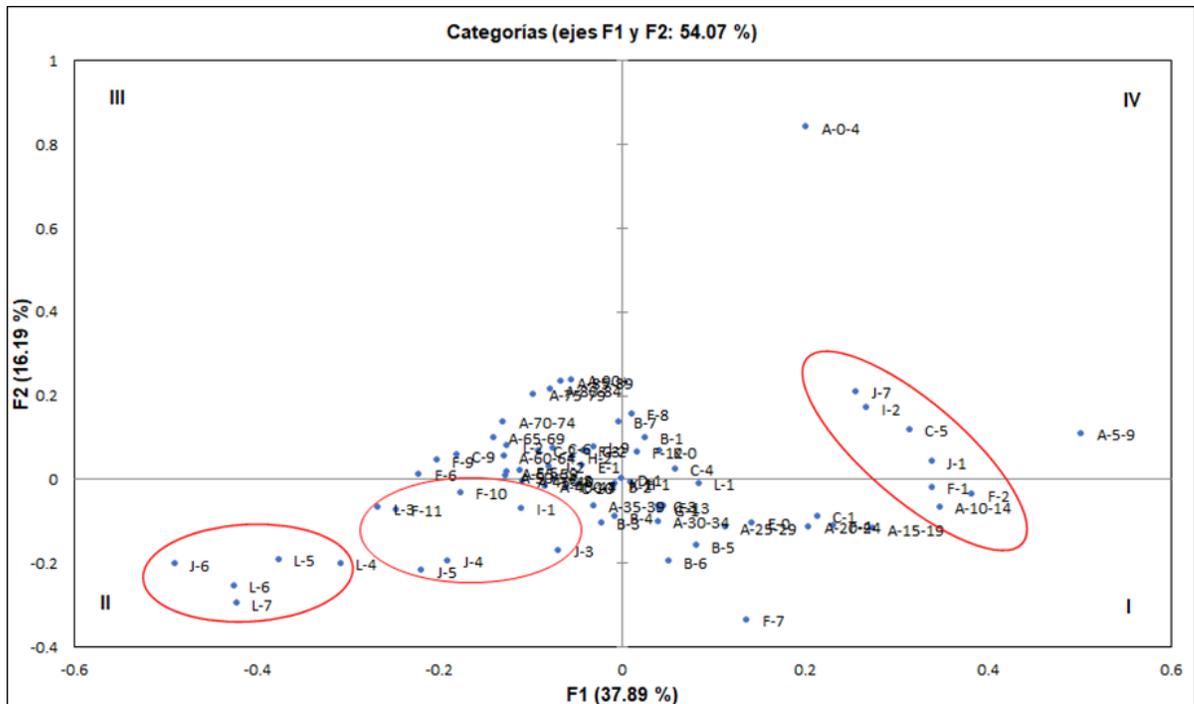


Figura 8. Perfil gráfico de hombres con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

7.3.2. Perfil general de las mujeres con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

El primer perfil está conformado por mujeres con discapacidad donde el último nivel educativo aprobado es postgrado y su ingreso mensual promedio está entre \$1'500.000 y más de \$2'500.000.

El segundo perfil está integrado por mujeres con discapacidad de estrato socioeconómico alto (estrato 6), con ingresos mensuales entre \$500.000 y \$1'500.000. El último nivel educativo aprobado de este grupo corresponde a técnico o tecnólogo y universitario; el origen de su discapacidad es por enfermedad profesional.

Un tercer y último perfil está conformado por mujeres con discapacidad entre los 5 y 9 años, no saben leer ni escribir, el tipo de alteración que más les afecta está relacionada con la voz y el habla, el último nivel educativo aprobado es preescolar y algunas no registran nivel académico. (Figura 9)

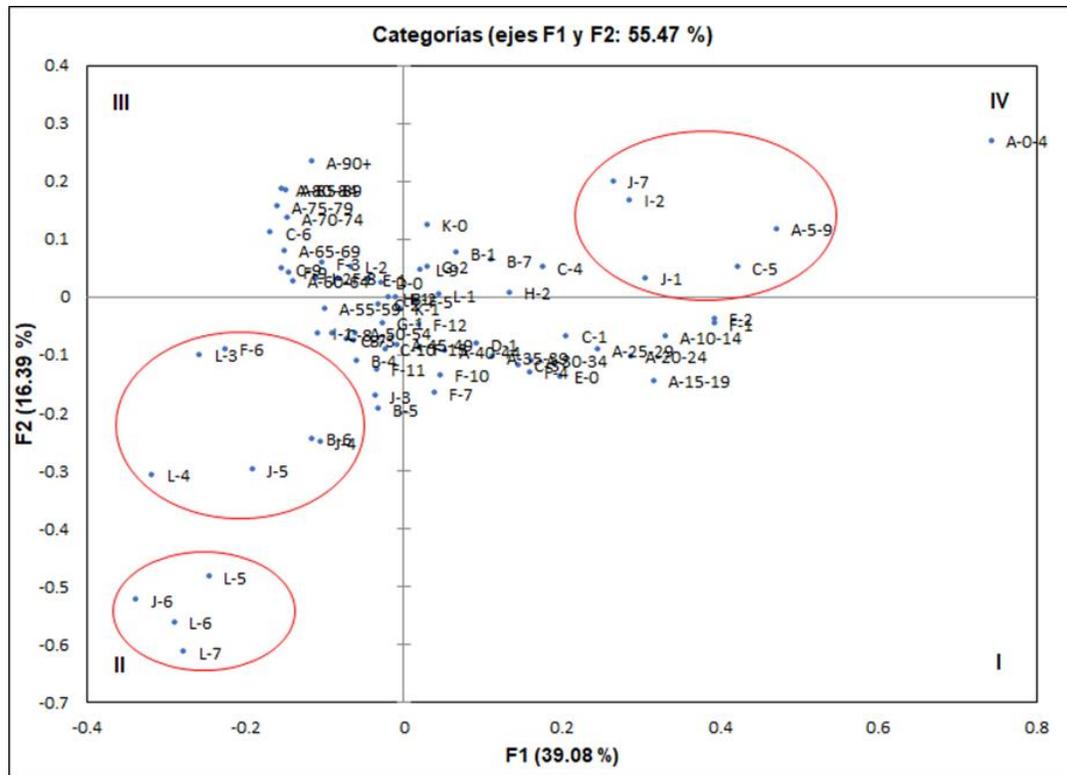


Figura 9. Perfil gráfico de mujeres con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

7.4. Factores relacionados con la participación familiar o comunitaria, académica y laboral en personas con discapacidad.

Para explorar los factores relacionados con la participación en actividades familiares o comunitarias, académicas y laborales en PcD, se elaboraron tres modelos de regresión logística binaria, paso a paso y hacia adelante.

El primer modelo exploró los factores relacionados con la participación familiar o comunitaria en PcD en el departamento de Antioquia. Entendiendo la participación familiar como el nivel de involucramiento y desenvolvimiento que tienen las PcD en situaciones con familiares, amigos, vecinos, compañeros, entre otros; la cual puede verse afectada por la discapacidad. Las variables candidatas a ingresar al modelo fueron: edad, sexo, estrato socioeconómico, presentar dos o más alteraciones, presentar dos o más dificultades, percibir barreras actitudinales, percibir barreras físicas, nivel académico, e ingreso económico. En la tabla 17 se

muestra el análisis bivariado con medidas de asociación y el anexo 8 complementa las medidas de asociación del análisis previo.

Tabla 17. Análisis bivariado de la participación en actividades familiares o comunitarias en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Variable	Participación familiar		Total	OR	IC 95%		
	Si	No			Li	Ls	
*Edad	0-29 ®	26.596	14.696	41.292			
	30-59	36.283	25.474	61.757	1,27	1,24	1,30
	60+	23.879	26.155	50.034	1,98	1,93	2,04
*Sexo	Hombre ®	47.595	32.878	80.473			
	Mujer	39.163	33.447	72.61	1,24	1,21	1,26
*Estrato	Alto ®	575	733	1.308			
	Medio	18.711	15.511	34.222	0,65	0,58	0,73
	Bajo	67.472	50.081	117.553	0,58	0,52	0,65
*Presentar alteraciones	Menos de dos ®	68.405	43.365	111.77			
	Más de dos	18.353	22.96	41.313	1,97	1,93	2,02
*Presentar dificultades	Menos de dos ®	60.053	32.231	92.284			
	Más de dos	26.705	34.094	60.799	2,38	2,33	2,43
*Percibir barreras actitudinales	No percibe ®	67.706	51.186	118.892			
	Percibe al menos una	19.052	15.139	34.191	1,05	1,03	1,08
*Percibir barreras físicas	No percibe ®	24.368	11.515	35.883			
	Percibe al menos una	62.39	54.81	117.2	1,86	1,81	1,91
*Nivel académico	Superior ®	4.081	2.006	6.087			
	Básico	63.309	40.302	103.611	1,30	1,23	1,37
	Ninguno	19.368	24.017	43.385	2,52	2,38	2,67
*Ingreso económico	Con ingreso ®	26.772	16.573	43.345			
	Sin ingreso	59.986	49.752	109.738	1,34	1,31	1,37

*Variable candidata para la regresión logística según criterio estadístico de Hosmer y Lemeshow $p \leq 0,25$ ® Categoría de referencia

De acuerdo con la selección del subconjunto de variables independientes que más información aportaron a la probabilidad de no participar en actividades familiares o comunitarias y variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$), se consideraron las siguientes variables que mejor explican la no participación en actividades familiares o comunitarias en PcD: tener 60 o más años de edad (OR= 1,98, IC95% 1,93 - 2,04), ser mujer (OR= 1,24, IC95% 1,21 - 1,26), ser de estrato socioeconómico bajo (OR= 0.58, IC95% 0,52 - 0,65), presentar alteraciones en dos o más estructuras corporales (OR= 1,97, IC95% 1,93 - 2,02), tener dos o más

dificultades permanentes (OR= 2,38, IC95% 2,33 - 2,43), percibir barreras actitudinales (OR= 1,05, IC95% 1,03 - 1,08), percibir barreras físicas (OR= 1,86, IC95% 1,81 - 1,91), no tener ningún nivel académico (OR= 2,52, IC95% 2,38 - 2,67), y sin ingresos económicos (OR= 1.34, IC95% 1,31 - 1,37). (Tabla 17)

Tabla 18. Variables relacionadas con la ausencia de participación en actividades familiares o comunitarias en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Variables	OR	IC 95%	
		Li	Ls
≥ 2 dificultades	1,86	1,81	1,91
≥ 2 alteraciones	1,22	1,19	1,25
Edad			
30-59	1,28	1,24	1,31
60+	1,79	1,73	1,84
Mujer	1,12	1,09	1,14
Estrato			
Medio	0,62	0,56	0,70
Bajo	0,55	0,49	0,62
Percibir barreras actitudinales	1,09	1,07	1,12
Nivel académico			
Básico	1,25	1,18	1,33
Ninguno	2,10	1,98	2,23
Percibir barreras físicas	1,45	1,41	1,49
Sin ingreso	1,36	1,32	1,39
Constante	0,28		

Categoría de referencia: ¹Edad 0-29, ²No percibir barreras físicas, ³Presentar menos de una dificultad, ⁴Con ingreso, ⁵Presentar menos de una alteración, ⁶No percibir barreras actitudinales, ⁷Estrato Alto, ⁸Nivel académico Superior

Como lo muestra la tabla 18, presentar dos o más dificultades representa un marcador de riesgo que incrementa la posibilidad de no participar en actividades familiares o comunitarias en 1.86 veces (OR= 1,86, IC95% 1,81 - 1,91), en comparación con aquellas PcD que tienen una o ninguna alteración. Igualmente el presentar dos o más alteraciones también es un marcador de riesgo que restringe

la participación familiar o comunitaria en 1,22 veces (OR= 1,22, IC95% 1,19 - 1,25), comparado con las PcD que presentan una o ninguna alteración.

El tener 60 años o más acrecienta el riesgo de no participación familiar o comunitaria en 1,79 veces (OR= 1,79, IC95% 1,73 - 1,84), comparado con las PcD menores de 29 años.

Respecto al sexo, el ser mujer es un marcador de riesgo que incrementa la oportunidad de no participar en actividades familiares o comunitarias en 1,12 veces (OR= 1,12, IC95% 1,09 - 1,14) en comparación con los hombres.

También se encontró que ser de estrato socioeconómico bajo es un factor protector que reduce la no participación familiar y comunitaria en un 45% (OR= 0,55, IC 95% 0,49 - 0,62) en comparación con las PcD que son de estrato socioeconómico alto.

En cuanto a las barreras actitudinales se encontró que quienes las perciben incrementan la oportunidad de no participar de actividades familiares o comunitarias en 1,09 veces (OR= 1,09, IC 95% 1,07 - 1,12), comparado con aquellas PcD que no perciben estas barreras; de igual modo las barreras físicas; son otro marcador de riesgo que incrementa la no participación en actividades familiares o comunitarias en 1,45 veces (OR= 1,45, IC 95% 1,41 - 1,49).

Respecto al nivel educativo, no tenerlo es un marcador de riesgo que incrementa la oportunidad de no participar en actividades familiares o comunitarias en 2,10 veces (OR= 2,10, IC 95% 1,98 - 2,23), comparado con las PcD que tienen un nivel académico superior.

Finalmente, no tener ingresos económicos, representan un marcador de riesgo que incrementa la no participación en actividades familiares y comunitarias en 1,36 veces (OR= 1,36, IC 95% 1,32 - 1,39), comparado con las personas que reciben ingresos económicos.

La variabilidad de la participación en actividades familiares o comunitarias para las PcD es explicada por variables como: edad, sexo, estrato socioeconómico,

presentar dos o más alteraciones, presentar dos o más dificultades, percibir barreras actitudinales, percibir barreras físicas, nivel académico e ingreso económico en un 11%, el 89% restante es explicado por otras variables no incluidas en el modelo. Según la prueba de Bondad de Ajuste de Hosmer Lemeshow, el modelo es adecuado, p-valor superior a 0,05; es decir lo observado se ajusta a lo esperado ($p= 0,06$).

El segundo modelo de regresión logística buscó explorar los factores relacionados con la participación académica de las PcD en Antioquia, entendiendo la participación académica como “la atención educativa a la población con discapacidad enmarcada en los principios de la educación inclusiva: calidad, diversidad, pertinencia, participación, equidad e interculturalidad” (54).

Las variables candidatas a ingresar al modelo fueron: edad, sexo, estrato socioeconómico, presentar dos o más alteraciones, presentar dos o más dificultades, percibir barreras actitudinales, percibir barreras físicas, nivel académico e ingreso económico. La tabla 19 muestra el análisis bivariado con medidas de asociación del análisis previo y el anexo 9 complementa las medidas de asociación del análisis previo.

Tabla 19. Análisis bivariado de la participación académica de las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Variable		Participación académica		Total	OR	IC 95%	
		Si	No			Li	Ls
*Edad	0-29 ®	8.521	16.215	24.736			
	30-59	23.613	26.397	50.010	0,58	0,56	0,60
	60+	14.948	12.223	27.171	0,43	0,41	0,44
*Sexo	Hombre ®	26.046	29.090	55.136			
	Mujer	21.036	25.745	46.781	1,09	1,06	1,12
*Estrato	Alto ®	171	533	704			
	Medio	8.690	11.916	20.606	0,44	0,36	0,54
	Bajo	38.221	42.386	80.607	0,35	0,29	0,42
*Presentar alteraciones	Menos de dos ®	37.343	34.419	71.762			
	Más de dos	9.739	20.416	30.155	2,27	2,21	2,34
*Presentar dificultades	Menos de dos ®	32.492	26.601	59.093			
	Más de dos	14.590	28.234	42.824	0,42	0,41	0,43
*Percibir barreras actitudinales	No percibe ®	37.470	40.633	78.103			
	Percibe al menos una	9.612	14.202	23.814	1,36	1,32	1,40
*Percibir barreras físicas	No percibe ®	11.453	12.707	24.160			
	Percibe al menos una	35.629	42.128	77.757	1,06	1,03	1,09
*Nivel académico	Superior ®	1.934	1.434	3.368			
	Básico	33.249	27.540	60.789	1,11	1,04	1,19
	Ninguno	11.899	25.861	37.760	2,93	2,72	3,14
*Ingreso económico	Con ingreso ®	17.388	11.949	29.337			
	Sin ingreso	29.694	42.886	72.580	2,10	2,04	2,16

*Variable candidata para la regresión logística según criterio estadístico de Hosmer y Lemeshow $p \leq 0,25$ ® Categoría de referencia

Al seleccionar el subconjunto de variables independientes que aportan más información sobre la probabilidad de que las PcD participen en actividades académicas y las variables con significancia estadística menor a $p < 0,05$, se consideraron las siguientes variables: tener más de 60 años (OR= 0,43; IC95% 0,41 – 0,44), ser mujer (OR= 1,09; IC95% 1,06 – 1,12), ser de estrato socioeconómico bajo (OR= 0,35; IC 95% 0,29 - 0,42), presentar alteración en 2 o más estructuras corporales (OR= 2,27; IC95% 2,21 - 2,34), tener 2 o más dificultades permanentes (OR= 0,42; IC95% 0,41 - 0,43), percibir barreras actitudinales (OR=1,36; IC95% 1,32 – 1,40), percibir barreras físicas (OR= 1,06; IC95% 1,03 - 1,09), no tener ningún nivel académico (OR= 2,93; IC 95% 2,72 - 3,14) y no contar con ingresos económicos mensuales (OR= 2,10; IC95% 2,04 – 2,16). (Tabla 19)

Tabla 20. Variables relacionadas con la ausencia de participación en actividades académicas en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Variables	OR	IC 95%	
		Li	Ls
Nivel académico			
Básico	1,22	1,13	1,31
Ninguno	2,82	2,62	3,05
≥ 2 dificultades	1,77	1,71	1,82
≥ 2 alteraciones	1,50	1,45	1,55
Sin ingreso	1,69	1,64	1,74
Edad			
30-59	0,68	0,66	0,70
60+	0,43	0,42	0,45
Percibir barreras actitudinales	1,23	1,20	1,27
Estrato			
Medio	0,56	0,46	0,67
Bajo	0,41	0,34	0,50
Mujer	1,08	1,05	1,11
Constante	1,10		

Categoría de referencia: ¹Nivel académico Superior, ²Presentar menos de una Dificultad, ³Presentar menos de una Alteración, ⁴Con ingreso, ⁵Edad 0-29 años, ⁶No percibir barreras actitudinales, ⁷Estrato Alto, ⁸Sexo Hombre

Como lo muestra la tabla 20, no tener ningún nivel académico o contar solo con un nivel básico (primaria y secundaria) representa un marcador de riesgo que incrementa la probabilidad de que las PcD no participen en actividades académicas (OR= 2,82; IC 95% 2,62 – 3,05) y (OR= 1,22; IC95% 1,13 – 1,31) comparado con las PcD que cuentan con un nivel académico superior.

Tener dos o más dificultades se constituye en un marcador de riesgo que aumenta la no participación académica (OR= 1,77; IC 95% 1,71– 1,82) y tener más de dos alteraciones permanentes incrementa la posibilidad de no participar en actividades académicas en 1,50 veces (OR= 1,50; IC 95% 1,45 – 1,55) comparado con las PcD que tienen una o ninguna alteración.

No contar con un ingreso económico incrementa el riesgo de no participar en actividades académicas en 1,69 veces (OR= 1,69; IC 95% 1,64– 1,74) en comparación con las PcD que cuentan con ingreso económico.

El estar entre 30 y 59 años de edad es un factor protector que disminuye la posibilidad de no participar en actividades académicas en un 32% (OR= 0,68; IC 95% 0,66– 0,70), respecto aquellas PcD que están entre los 0 y 29 años. Así mismo, tener 60 años o más, es un factor protector que disminuye la posibilidad de no participación en actividades académicas en un 57% (OR= 0,43; IC 95% 0,42– 0,45), respecto a las PcD menores de 29 años.

El percibir barreras actitudinales se configuró como un marcador de riesgo que aumenta la probabilidad de no participar en actividades académicas (OR= 1,23; IC 95% 1,20 – 1,27). También se evidencio que el ser estrato socioeconómico bajo o medio reduce la posibilidad de no participar en actividades académicas en 59% (OR= 0,41; IC 95% 0,34 – 0,50) y 44% (OR= 0,56; IC 95% 0,46 - 0,67) respectivamente, comparado con las PcD que son de estrato socioeconómico alto.

Finalmente, ser mujer es un marcador de riesgo que incrementa la posibilidad de no participación académica en 1,08 veces comparado con los hombres (OR= 1,08; IC95% 1,05 – 1,11).

La variabilidad de la participación en actividades académicas es explicado por variables como edad, sexo, estrato socioeconómico, presentar dos o más alteraciones, presentar dos o más dificultades, percibir barreras actitudinales, percibir barreras físicas, nivel académico e ingreso económico en un 16,5%, el 83,5% es explicado por otras variables no incluidas en el modelo. Según la prueba de Bondad de Ajuste de Hosmer Lemeshow, el modelo es adecuado, p-valor superior a 0,05; es decir lo observado se ajusta a lo esperado ($p= 0,07$).

El modelo 3, exploró los factores relacionados con la participación laboral de las PcD entre los 15 y 64 años de edad Población Económicamente Activa (PEA), quienes manifestaron que la discapacidad les genera restricción para realizar participación laboral en PcD.

Las variables candidatas a ingresar al modelo fueron: edad, estrato socioeconómico, presentar dos o más alteraciones, presentar dos o más dificultades, percibir barreras actitudinales, percibir barreras físicas, nivel académico e ingreso económico. La tabla 21 muestra el análisis bivariado con las medidas de asociación del análisis previo y el anexo 10 complementa las medidas de asociación del análisis.

Tabla 21. Análisis bivariado de la participación laboral de personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Variable	Participación laboral			OR	IC 95%	
	Si	No	Total		Li	Ls
*Edad	0-29 ®	5.973	27.455	33.428		
	30-59	6.346	65.426	71.772	2,24	2,15 2,33
	60+	1.124	12.296	13.420	2,38	2,22 2,54
Sexo	Hombre ®	7.321	57.116	64.437		
	Mujer	6.122	48.061	54.183	1,00	0,97 1,04
*Estrato	Alto ®	168	804	972		
	Medio	3.178	22.877	26.055	1,50	1,26 1,78
	Bajo	10.097	81.496	91.593	1,68	1,42 1,99
*Presentar alteraciones	Menos de dos ®	10.973	77.499	88.472		
	Más de dos	2.470	27.678	30.148	1,58	1,51 1,66
*Presentar dificultades	Menos de dos ®	9.913	64.549	74.462		
	Más de dos	3.530	40.628	44.158	1,76	1,69 1,84
*Percibir barreras actitudinales	No percibe ®	10.651	79.050	89.701		
	Percibe al menos una	2.792	26.127	28.919	1,26	1,20 1,31
*Percibir barreras físicas	No percibe ®	5.429	24.938	30.367		
	Percibe al menos una	8.014	80.239	88.253	2,18	2,10 2,26
*Nivel académico	Superior ®	1.168	5.676	6.844		
	Básico (Primaria y secundaria)	9.447	71.426	80.873	1,55	1,45 1,66
	Ninguno	2.828	28.075	30.903	2,04	1,89 2,20
*Ingreso económico	Con ingreso ®	4.925	29.218	34.143		
	Sin ingreso	8.518	75.959	84.477	1,50	1,44 1,56

*Variable candidata para la regresión logística según criterio estadístico de Hosmer y Lemeshow $p \leq 0,25$ ® Categoría de referencia

Al seleccionar el subconjunto de variables independientes que mayor información aportan sobre la probabilidad de que las PcD presentan restricciones en la participación laboral y las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) se consideraron las siguientes variables que explican la participación laboral en PcD: tener 60 o más años (OR= 2,38; IC95% 2,22 – 2,54), ser de estrato socioeconómico bajo (OR= 1,68; IC 95% 1,42 - 1,99), presentar alteración en 2 o más estructuras corporales (OR= 1,58; IC95% 1,51 - 1,66), tener 2 o más dificultades permanentes (OR= 1,76; IC95% 1,69 - 1,84), percibir barreras actitudinales (OR=1,26; IC95% 1,20 – 1,31), percibir barreras físicas (OR= 2,18; IC95% 2,10 - 2,26), no tener ningún nivel académico (OR=2,04; IC95% 1,89 - 2,20), sin ingresos económicos (OR= 1,50; IC95% 1,44 – 1,56). (Tabla 21)

Tabla 22. Variables relacionadas con la ausencia de participación laboral en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Variables	OR	IC 95%	
		Li	Ls
Edad			
30-59	2,36	2,27	2,46
60+	2,37	2,21	2,54
Percibir barreras físicas	1,85	1,78	1,92
≥ 2 dificultades	1,39	1,33	1,46
Sin ingreso	1,66	1,59	1,72
≥ 2 alteraciones	1,18	1,12	1,25
Percibir barreras actitudinales	1,27	1,21	1,32
Estrato socioeconómico			
Medio	1,32	1,11	1,57
Bajo	1,48	1,24	1,75
Nivel académico			
Básico	1,42	1,33	1,52
Ninguno	1,63	1,51	1,76
Constante	0,83		

Categoría de referencia: ¹Presentar menos de una dificultad, ²Presentar menos de una Alteración, ³ Edad 0-29, años· ⁴Sexo Hombre· ⁵Estrato Alto· ⁶No percibir barreras actitudinales· ⁷Nivel académico Superior· ⁸No percibir barreras físicas· ⁹Con ingreso.

Como lo muestra la tabla 22, ser adulto mayor de 60 años aumenta la probabilidad (OR=2,37; IC95% 2,21 – 2,54) de que las PcD no participen en actividades laborales en comparación con las PcD menores de 29 años.

Se determinó que las barreras físicas percibidas son un marcador de riesgo que aumenta la no participación en actividades laborales en 1,85 veces (OR=1,85, IC95% 1,78 - 1,92) comparado con aquellas PcD que no encuentran barreras físicas

El tener dos o más dificultades permanentes representa un marcador de riesgo de no participar en actividades laborales en 1,39 veces (OR=1,39; IC95% 1,33 - 1,46). Así mismo, el tener más de dos alteraciones permanentes es un marcador de riesgo que incrementa la posibilidad de no participar en actividades laborales en 1,18 veces (OR=1,18; IC95% 1,12 - 1,25) comparado con las PcD que tienen una o ninguna alteración.

Respecto al ingreso económico mensual que tienen o no las PcD, el no tener ingreso económico incrementa la oportunidad de no participar laboralmente en 1,66 veces (OR=1,66; IC95% 1,59 – 1,72), en comparación con aquellas PcD que tienen ingresos económicos mensuales.

En relación a las barreras actitudinales se estimó que quienes las perciben tienen mayor probabilidad de no participar en actividades laborales 1,27 veces (OR=1,27, IC95% 1,21 - 1,32), comparado con aquellas personas que no perciben estas barreras.

El ser de estrato socioeconómico bajo representa un marcador de riesgo que incrementa la oportunidad de que las PcD no participen en actividades laborales 1,48 veces (OR= 1,48, IC95% 1,24 - 1,75) en comparación de las PcD que son de estrato socioeconómico alto. Asimismo se encontró que el hecho de que una PcD no tenga ningún nivel educativo (OR= 1,63, 1,51 - 1,76), o tenga nivel básico (OR= 1,42, IC95% 1,33 - 1,52) incrementa la probabilidad de no participar en actividades laborales.

La variación de la participación en actividades laborales es explicada por variables como: edad, estrato socioeconómico, presentar dos o más alteraciones, presentar dos o más dificultades, percibir barreras actitudinales, percibir barreras físicas, nivel académico e ingreso económico explican en un 7,62% la participación laboral en PcD, y el 92,38% es explicado por otras variables no incluidas en el modelo. Según la prueba de bondad de ajuste de Hosmer Lemeshow, el modelo es adecuado, p-valor superior a 0,05; es decir lo observado se ajusta a lo esperado ($p= 0,06$).

8. Discusión

Esta investigación permitió analizar las características sociodemográficas de las PcD en el departamento de Antioquia, reconocer las barreras en la participación percibidas, las dificultades físicas y la falta de acceso a las que estos se ven expuestos e identificar los factores relacionados con la ausencia de participación en el marco familiar, académico y laboral. Bajo este mismo contexto, se busca analizar la poca participación de las PcD en estas situaciones las cuales conllevan al aislamiento, la soledad y el abandono, repercutiendo negativamente en la salud física y mental de estas personas. Las bajas tasas de participación en los diferentes aspectos sociales constituyen una de las principales razones por las cuales la discapacidad puede conducir a una menor calidad de vida y altos niveles de pobreza (116).

Es importante destacar que, en los hallazgos de esta investigación para el departamento, desde un enfoque de género como determinante social de la salud, el sexo es concluyente al analizar la presencia de inequidad social en una población con discapacidad, se evidencia en los resultados una menor participación de las mujeres en relación con los hombres y se concluye que el ser mujer y tener una discapacidad restringe y limita aún más la participación en entornos familiares, académicos y laborales.

En el contexto académico, la participación de las mujeres es 1,12 veces menor que la participación de los hombres, esta desventaja también se da bajo los contextos económico, social y político debido a que la mujer ha sido invisibilizada a través de la historia y aún más si presenta alguna discapacidad; por tanto la mujer experimenta una “discriminación doble”, por su género y discapacidad, situación reflejada en las cifras de desempleo, salarios inferiores, mayor riesgo de violencia, abusos, menor acceso a servicios de salud y educación formal (117).

La existencia de brechas en las tasas de empleo para las mujeres se evidencian también en los resultados de un estudio sobre la participación laboral de las PcD desde un enfoque de género para Colombia, allí se reveló situación similar a la encontrada en este estudio dónde el sexo es un factor determinante que restringe la participación activa en diferentes espacios cotidianos donde se desarrolla la vida, lo mismo sucede al comparar

los resultados obtenidos de esta investigación con el estudio de Espinoza O sobre la existencia de diferencias laborales a favor de los hombres, especialmente en el grupo de PcD, allí se evidencia que, en lo que respecta a la tasa de empleo, existe una brecha entre hombres y mujeres que da cuenta de que la situación laboral de las mujeres con discapacidad presenta mayores dificultades (118).

La discapacidad tiene una relación directa con la pobreza, son condiciones concomitantes, es decir que con la discapacidad aumentan el riesgo de generar pobreza, y esta a su vez, aumenta el riesgo de convertirse en una PcD (119). De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Discapacidad, las PcD presentan mayor incidencia de pobreza, menor participación académica, y una baja frecuencia de participación laboral en comparación con las personas sin discapacidad; este mismo informe muestra que del total de PcD a nivel mundial, aproximadamente 200 millones viven en condiciones de pobreza, en la mayoría de los casos, extrema (48). En América Latina según resultados de un análisis sobre pobreza multidimensional de las personas con discapacidad y sus familias se encontró que las PcD se encuentran en peores condiciones que los hogares pobres sin PcD (119); datos similares a los encontrados en un estudio sobre pobreza multidimensional y discapacidad en India, Camerún y Guatemala, allí se asegura que en los tres países, las PcD tienen una mayor incidencia de pobreza multidimensional (120). Estos resultados no difieren de los encontrados en Antioquia, en el departamento, la mayor parte de las PcD son pobres, de estratos socioeconómicos bajos y con baja capacidad adquisitiva y más del 50,0% no cuentan con ingreso económico (64,5%). Esto es revelador, quizá trágico (121).

Un estudio realizado sobre la situación laboral de las PcD en Colombia desde un enfoque local de las principales ciudades, mostró que las tasas municipales de desempleo oscilan entre el 17,0% y el 41,0% y las tasas de ocupación sin contrato entre el 69,0% y el 81,2% (122) ; otro estudio también indicó que la exclusión productiva de las PcD se debe en un 47% a la pobreza por ingresos del hogar, y que las condiciones de acceso a trabajos de calidad contribuyen en un 53% a la exclusión productiva de las PcD (123), esto también se vio reflejado en los resultados del presente estudio, dónde se encontró que más del 50% de las PcD viven sin ningún tipo de ingreso y una parte significativa de la población

vivían con menos de \$ 500.000, menos de un salario mínimo legal vigente en Colombia. En el departamento desde el año 2002 a junio de 2020 la participación de actividades productivas de las PcD fue de tan solo el 6,0%; esto muestra que la participación laboral de las PcD en el departamento y el país registra altos niveles de exclusión; según el Plan Nacional de Desarrollo Pactos transversales de Inclusión social para las personas con discapacidad al año 2018 el 66,0% de las PcD se encontraban en condición de pobreza y el 80,0% no tenía ningún tipo de vinculación laboral (124), sin duda la ausencia de participación en actividades laborales disminuye las oportunidades de inclusión y crea mayores limitaciones para que PcD logren satisfacer necesidades personales, familiares y sociales.

Según la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social aproximadamente 81 de cada 100 jóvenes y adultos con discapacidad saben leer y escribir (27). Saber leer y escribir les permite a las PcD participar en más actividades, proporcionándoles así mayor posibilidad de acceso a los entornos laborales, académicos y familiares; aun así, existe un gran número de personas que no cuentan con estas destrezas; en el caso de Antioquia según la presente investigación, aún hay 70.217 (34,5%) PcD que no saben leer y escribir. El no saber leer ni escribir trae consigo limitaciones en el pleno desarrollo de las PcD y disminuye su participación en la sociedad, esto repercute durante todo su ciclo, afectando su entorno y obstaculizando el goce pleno de derechos fundamentales (125).

Un estudio realizado para las universidades mexicanas y españolas sobre la atención a las PcD desde la revisión de las políticas educativas obtuvo como resultado que del total de las PcD mayores de 15 años, el 27,9% no contaba con estudios, el 45,4% terminó al menos un año de primaria y el 13,3% primero de secundaria; en comparación con personas sin discapacidad, en quienes el nivel educativo es más favorable, con un promedio de escolaridad de casi el doble respecto a PcD (126). Con relación a los datos encontrados sobre participación académica y el nivel académico de PcD en Antioquia, se evidenció que la participación académica es baja, más en los niveles de educación superior donde tan solo 284 (0,1%) PcD alcanzaron este nivel. Las bajas tasas de participación en educación crean entornos de exclusión para las PcD, por tanto es

necesario crear entornos escolares accesibles, dotados de tecnología y con personal docente cualificado para atender necesidades de PcD, garantizando así acceso y permanencia en todos los niveles de educación (127).

El Ministerio de Salud y Protección Social asegura que el proceso de fortalecimiento de los servicios de rehabilitación funcional, crea un impacto positivo que articula y contribuye al desarrollo de acciones de promoción y mantenimiento de la salud, minimizando las cargas económicas que la enfermedad trae consigo a las PcD y a sus familias, reduciendo complicaciones derivadas de la falta de acceso a rehabilitación (128). Colombia cuenta con programas y políticas de alto nivel relacionadas con los servicios de rehabilitación, sin embargo las PcD encuentran barreras y no tienen acceso pleno, siendo excluidas por características individuales, como desconocimiento o cobertura del sistema, plan de salud y el tipo de discapacidad (129). Los resultados señalaron que en Antioquia del total de PcD el 40,6% asistía a los servicios de rehabilitación, quienes no lo hacían, informaron no contar con recursos económicos; cifras similares a las registradas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2018, donde el 41% de las PcD refirieron no asistir a servicios de rehabilitación, de ellas, 43% por falta de dinero (130); para contrarrestar este panorama la OMS hace un llamado a la acción con el plan de Rehabilitación 2030 y busca que se preste más atención a los servicios de rehabilitación dentro de los sistemas de salud, permitiendo atender así las necesidades insatisfechas de las PcD y ampliar la disponibilidad de los servicios accesibles de rehabilitación para PcD (131).

En cuanto a la entidad o persona responsable de pagar los servicios de rehabilitación de las PcD, un Informe Alternativo de la Fundación Saldarriaga Concha sobre los derechos de las PcD asegura que el 26,8% de los procesos de rehabilitación para PcD son pagados a través del SGSSS, en el 3,7% de los casos, los familiares son la principal fuente de financiación de la rehabilitación, y gran parte de las PcD enunciaron no tener una fuente de financiación para su rehabilitación (64,8%) (129); datos similares se encontraron al comparar los resultados con la actual investigación, donde el porcentaje de la carga económica que genera la discapacidad se asume en el 33,1% de los casos por el SGSSS, la solidaridad familiar asume los gastos en un 2,8% y un 0,9% los gastos son cubiertos por la PcD.

Las restricciones en la participación de actividades familiares, académicas y laborales de PcD están dadas por el tipo de discapacidad, número de alteraciones, características sociales y demográficas (132); situación concordante con lo encontrado en Antioquia, donde del total de registros, 81,9% de PcD afirmó no participar en ningún tipo de actividades debido a su discapacidad. La edad y la discapacidad tienen una relación bidireccional con la participación en actividades familiares, laborales y académicas ya que esta disminuye en personas adultas, se evidencia que a mayor edad mayor riesgo de no participación, por ende, estar entre los 30-59 años representan un marcador de riesgo que disminuye la participación comparada con las PcD entre los 0-29 años. La edad trae consigo la aparición de enfermedades crónicas que aumentan la posibilidad de padecer alguna discapacidad, creando así repercusiones negativas en la funcionalidad y autonomía.

Con el fin de asegurar la plena inclusión social de las PcD es necesario asegurar un mayor acceso a bienes y servicios mínimos vitales tales como agua potable, alcantarillado, energía, entre otros; no acceder a los mismo crea una posición de vulnerabilidad que repercute de manera directa y negativa en el estado de salud de las PcD (129). En un estudio realizado en Manizales para las PcD de origen vial, se realizó un análisis de las características de esta población, allí se dejó en evidencia que gran porcentaje de PcD contaban con acceso a servicios públicos domiciliarios, aun así, una parte de esta población tiene limitaciones de acceso a estos servicios, del total de PcDOV incluidas en el estudio 3 (1%) viviendas no tenían energía eléctrica, 10 (4,5%) acueducto o alcantarillado y 15 (7%) agua potable para cocinar alimentos (133). En Antioquia se refleja una situación similar a la hallada en Manizales, en el departamento gran porcentaje de PcD acceden a servicios públicos básicos, aun así, hay personas que no cuentan aún con los servicios mínimos vitales tales como agua potable, alcantarillado y energía eléctrica, generando una problemática de acceso que influye directamente en la calidad de vida y salud de las PcD (134).

Las PcD siguen siendo foco de discriminación en Antioquia y Colombia, aún persisten diversos espacios de exclusión y poca aceptación a la diferencia, creando así entornos de mayor limitación y menores posibilidades para el pleno desarrollo de actividades de la

vida diaria. Como punto de partida, analizar el desarrollo de las dinámicas de vida de una PcD ha permitido crear espacios de aceptación a la diferencia y ha afianzado el desarrollo de sus derechos. Colombia ha asumido el compromiso de crear por medio de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el desligar los paradigmas de exclusión, basado en los derechos humanos, aumentando así la participación en entornos comunitarios, productivos y educativos que permitan la disminución de barreras y limitaciones a las que las PcD están expuestas (3). Por tanto incrementar participación familiar, académica y laboral propicia espacios saludables e incrementa autonomía y calidad de vida en PcD.

9. Conclusiones

El RLCPD tiene alcance nacional, sin embargo; existen muchas PcD que no están inscritas debido a que es un proceso de carácter voluntario y no se realizan campañas para captar y caracterizar más personas dentro del sistema. Es una herramienta subutilizada y poco usada para la toma de decisiones, esto puede ser por el desconocimiento de la herramienta y el poco uso de la información registrada, el uso de esta información de manera adecuada focaliza población, prioriza necesidades y propicia uso racional y eficiente de los recursos.

Las PcD en Antioquia son de nivel académico bajo, con nullos o escasos ingresos económicos, perciben barreras físicas, actitudinales, necesitan de asistencia de otra persona para realizar actividades de la vida diaria, experimentan barreras de acceso a servicios de salud y el origen de su discapacidad en mayor proporción pudo evitarse como los incidentes, la violencia o consumo de psicoactivos.

Los hombres son quienes presentan mayores porcentajes de discapacidad donde las causas que la provocan son en su mayoría prevenibles y evitables como por ejemplo “accidentes” de trabajo, viales, deportivos, la violencia, consumo de psicoactivos, conflicto armado y enfermedad profesional. Tanto en hombres como en mujeres estas causas son prevenibles, varias de acceso y atención en servicios de salud, los cuales con la tecnología y formación del talento humano actual se espera no ocurrieran.

El conflicto armado dejó en Antioquia 1.689 (0,8%) PcD, posterior a la firma del acuerdo de paz en el año 2016, el perfil epidemiológico de la discapacidad cambió. Los tipos de violencia como la doméstica al interior de los hogares, el maltrato físico en mujeres con desenlace discapacitante aumentó considerablemente las cifras de violencia y discapacidad con mayor prevalencia en mujeres. En Antioquia se ha avanzado en temas de accesibilidad teniendo en cuenta un diseño universal que beneficie a toda la población; sin embargo, las PcD tienen carencia de accesibilidad en plazas y sitios públicos, moverse libremente continúa siendo una tarea pendiente, pues en la mayoría del departamento las PcD refieren barreras arquitectónicas que coartan movilidad libre y

autónoma, por lo que disfrute y goce pleno de espacios públicos para PcD no lo hay en su totalidad.

No se garantiza la participación y el acceso a educación de PcD; cuando estas logran acceder difícilmente logran culminar sus estudios debido a factores como instalaciones inaccesibles y métodos de enseñanza, pues personal docente no está cualificado ni calificado para atender a esta población y allí es donde aumenta la deserción de las PcD sin cumplir la meta académica.

Las PcD enfrentan grandes dificultades para acceder a trabajo digno y con garantías laborales. Esta probabilidad disminuye cuando la PcD debe competir con una persona sin discapacidad. En este contexto, las PcD son discriminadas por su condición y creencias relacionadas con el incremento de costos a la compañía por ajustes razonables en infraestructura y tecnología para desarrollar su trabajo.

La incidencia de discapacidad en Antioquia se mostró fluctuante durante todo el periodo de estudio, lo que puede ser causado por la limitada cobertura del RLCPD, el no registro continuo de PcD en la aplicación, la limitada continuidad del proceso en los diferentes entes territoriales y el poco uso que se le da a esta información. La subregión de Antioquia con mayor incidencia de discapacidad es el Valle de Aburrá, en dicha subregión el acceso a entes territoriales es más efectivo, hay mayor implementación de campañas o programas para inscripción al RLCPD y el acceso a tecnologías de información y conectividad es mayor en comparación con otras subregiones del departamento.

La rehabilitación es fundamental para mejorar la calidad y dignidad de las PcD, sin embargo; persiste negación de este servicio por parte del asegurador, situación que hace que las secuelas se perpetúen en el tiempo y con mayor gravedad para las PcD. A pesar de ser la salud un derecho fundamental, este es negado a los pacientes por trámites administrativos o procesos internos de las aseguradoras.

Los cuidadores (personas que realizan actividades de apoyo a las PcD) en su mayoría mujeres, no reciben ningún reconocimiento social, jurídico y económico por su labor, generando un costo de oportunidad laboral y social alto, y al igual que las PcD estos están sometidos a discriminación y vulneración de derechos.

10.Recomendaciones

La participación ciudadana en los diferentes ámbitos de la vida disminuye considerablemente en las PcD afectando así el desarrollo humano; por esto es importante reforzar los conceptos de discapacidad, inclusión y participación ciudadana; y las acciones concretas para incrementar la participación en diferentes ámbitos sociales, culturales, académicos, laborales; mediante una serie de mecanismos que deben propiciarse desde los gobiernos, alcaldías, incluso desde la misma escuela; donde estas acciones estén alineadas con la inclusión, integración y participación de las PcD y se logre adquirir una visión más amplia de la discapacidad de tal manera que los factores biológicos y contextuales como las barreras actitudinales y ambientales disminuyan hasta el punto de desaparecer.

Se sugiere seguir trabajando en la mejora de los sistemas de información que se complementen con otras encuestas sociales o económicas del país y dónde la información allí recolectada, se haga pública y se reconozca la importancia de contar con un sistema de información que permita caracterizar las PcD y su condición. Para esto es importante formar profesionales en la salud con conocimientos no solamente relacionados con salud-enfermedad, sino también que tengan la capacidad de analizar datos y transformarlos en información.

Promover el acceso a educación formal de las PcD en igualdad de condiciones que aquellas personas sin discapacidad; es decir, la creación de un sistema de educación inclusivo el cuál reconozca la diversidad de las PcD, la creación de un ambiente de aprendizaje sin exclusión que garantice, permanencia y culminación de la formación académica.

Se recomienda llevar la oferta institucional del Estado, en especial la formación para el empleo y apoyo a emprendimientos a través del SENA o programas académicos, para que PcD tengan sus propias unidades productivas y no dependan completamente de un subsidio estatal.

Capacitar a docentes para que adquieran habilidades en pro de brindar formación a PcD y adopten métodos y técnicas de enseñanza que permitan el aprendizaje continuo de

este grupo poblacional; además que se doten instituciones de educación básica y profesional de tecnología, materiales y entornos accesibles para esta población.

Implementar programa de cuidadores a nivel departamental, donde se les brinde al núcleo familiar conocimientos sobre el manejo y asistencia de las PcD, lo cual ayuda a brindar una atención más acorde a la condición de las PcD; y a través de este programa promover el acceso a recursos y créditos a cuidadores para el desarrollo de emprendimientos y actividades productivas que generen recursos económicos y garanticen una vida digna.

Desde la Gobernación y la secretaría de discapacidad fomentar la creación de viviendas de interés social y adecuación de otras a través del programa de vivienda VIVA para que estos creen viviendas accesibles adecuadas para PcD.

Indeportes Antioquia debe hacer presencia en las subregiones y fomentar la actividad física en PcD, como también crear espacios de práctica deportiva adaptados a PcD como gimnasios al aire libre, escenarios acuáticos, prácticas deportivas bajo techo, entre otros.

Desde la secretaría de salud de Antioquia articulado con los municipios, fomentar espacios y programas de rehabilitación y cuidados especiales en salud a PcD, y formar cuidadores de PcD en atención y terapias, ya que son quienes los acompañan en su día a día y son considerados un facilitador para abrir los espacios de participación de las PcD.

Integrar a la Secretaría de mujeres para que acompañen y aborden el tema de discriminación de mujeres con discapacidad, pues se demostró que estas son doblemente discriminadas por género y discapacidad.

11. Limitaciones y fortalezas

Una gran limitante se da en la captura de la información ya que en este proceso el registro de las PcD podría clasificarse de forma incorrecta en diferentes variables del instrumento de medición. Estas limitaciones pueden comprometer la validez interna de la investigación o la falta de memoria para responder a ciertas preguntas afectando la veracidad en esta.

Las respuestas pueden estar influenciadas por memoria selectiva donde puede recordar o no información necesaria para los resultados de la investigación, también puede presentarse el llamado efecto “telescopio”, donde las PcD pueden recordar por ejemplo la fecha de inicio de su discapacidad como si ocurriera en otro momento dado o exagerar frente a los datos necesarios, como por ejemplo años de tener la alteración, número de dificultades, entre otros (135).

La base de datos suministrada para el estudio es otra limitación, ya que al ser una fuente de datos secundaria manipulada por personas externas, existe el riesgo de que la calidad de los datos sea baja y no cumpla con los parámetros de completitud, exactitud, consistencia, precisión e integridad de los datos, presentando así limitaciones al momento de reflejar la verdadera situación de esta población. Para superar esta limitación, se realizó una revisión variable a variable, se analizaron las variables dependientes y de esta manera, se verificó la completitud, los datos atípicos y la identificación del total de PcD en el departamento.

Otra de las limitaciones presentes es el uso de la población de Colombia para el ajuste de las tasas, y está limita la comparación internacional, pero facilita la comparación interna.

Una de las fortalezas que se pueden sustraer de este trabajo es que se utilizaron diferentes estrategias de análisis para dar respuesta a los objetivos planteados y que concuerdan en el mismo resultado, lo cual trae consigo consistencia de datos, además; es una investigación que busca aportar una perspectiva objetiva que permita visualizar desde un punto de vista crítico las condiciones individuales y colectivas de las PcD, y entender cuáles podrían ser las estrategias de intervención que promuevan una mayor

inclusión basadas en la equidad de oportunidades para las PcD. Este análisis de información puede servir de base para que las entidades competentes sustenten sus decisiones y se vean reflejadas en planes, programas y proyectos para las PcD.

Otra fortaleza es el uso de la fuente pues es información colectada por los entes territoriales y se le da un uso a la información que ellos tienen, lo que propicia la toma de decisiones y optimización de procesos.

12. Referencias

1. Arroyave M, Freyle M. La Autodeterminación En Adolescentes Con Discapacidad Intelectual. *Rev. Innovar.* 2009; 19 (1): 53–64.
2. Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Mar 20] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
3. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Guía de formación N°19 [Internet] [Consultado 2021 Mar 4] Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/CRPD_TrainingGuide_PTS19_sp.pdf
4. Alzate M, Montoya M. Comparación de la caracterización de la población con discapacidad en el municipio de Donmatías, Antioquia, con los contextos Departamental y Nacional [Internet] Medellín: .Universidad CES; 2008 [Consultado 2021 Mar 4] Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1752/Comparacion_caraterizacion_poblacion_municipio_DonMatias.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Agudelo A. Diseño de mecanismo de relacionamiento interinstitucional para la Gerencia de Personas con Discapacidad de la Gobernación de Antioquia [Internet] Medellín: Universidad de Antioquia; 2022 [Consultado 2021 Mar 8] Disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/25839/1/AgudeloAna_2022_MecanismoRelacionamientoInterinstitucional.pdf
6. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 1346 de 2009 por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. *Diario Oficial*, 47427 (Jul.31 2009).
7. Centros para el control y la prevención de enfermedades: Inclusión para las personas con Discapacidades [Internet] [Consultado 2021 Mar 20] Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-inclusion.html>
8. Serrano C. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. *Rev. Univ. Ind. Santander.* 2013; 45 (1): 41-45.
9. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Ene 10] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/informe-mundial-discapacidad-oms.pdf>
10. Gómez A, Peñas O, Parra E. Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Rev. Salud pública.* 2016; 18 (3): 367-378.
11. Banco Interamericano de Desarrollo. Somos todos: Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe [Internet] [Consultado 2021 Ene 10] Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Somos_todos_Inclusi%C3%B3n_de_las_personas_con_discapacidad_en_Am%C3%A9rica_Latina_y_el_Caribe_es.pdf

12. Jonckheere S. La discapacidad en las zonas rurales: una cuestión de percepción [Internet] [Consultado 2021 Mar 20]. Disponible en: <https://www.ifad.org/es/web/latest/-/disability-in-rural-areas-a-matter-of-perception>
13. Observatorio Estatal de la Discapacidad: Población con discapacidad según Zona de residencia [Internet] [Consultado 2021 Mar 20] Disponible en: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/poblacion-con-discapacidad-segun-zona-de-residencia/>
14. Banco Mundial. La inclusión de las personas con discapacidad, clave para el desarrollo sostenible de América Latina y el Caribe [Internet] [Consultado 2021 Mar 21] Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2021/12/02/la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-clave-para-el-desarrollo-sostenible-de-america-latina-y-el-caribe>
15. Instituto Nacional de Estadística. Comparación entre las poblaciones con y sin discapacidades [Internet] [Consultado 2021 Mar 21] Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/discapa/indi.pdf>
16. Enríquez M. Derechos de población discapacitada, un compromiso [Internet] [Consultado 2021 Mar 24] Disponible en: <https://www.asuntoslegales.com.co/analisis/manuel-enriquez-rosero-507816/derechos-de-poblacion-discapacitada-un-compromiso-2104989>
17. Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Observatorio de asuntos de Género [Internet] [Consultado 2021 Mar 24] Disponible en: <http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/oag-boletin-14-mujer-y-discapacidad-en-colombia.pdf>
18. Valenzuela P, Mejía L. Acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño (Colombia). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2017; 39 (1): 20-31.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Discapacidad y enfoque diferencial [Internet] [Consultado 2021 Ene 10] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/enfoque-diferencial.aspx>
20. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [Internet] [Consultado 2021 Ene 10] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=B6024A4CFF7C4BDF57119C169335BD85?sequence=1
21. Observatorio de la discapacidad física. Estrategia Europea sobre discapacidad 2010-2020 [Internet] [Consultado 2021 Ene 10] Disponible en: https://www.observatoridiscapacitat.org/sites/default/files/2016-06_odf_monografic6_cast.pdf
22. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Informe Mundial de las Naciones Unidas Sobre el Desarrollo de los Recursos Hídricos 2019: No dejar a nadie atrás. <https://www.acnur.org/5c93e4c34.pdf>
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Los niños con discapacidad ayudan a construir una sociedad más inclusiva y segura para todos [Internet] [Consultado 2021 Ene 13] Disponible

en:<https://www.unicef.es/blog/los-ninos-con-discapacidad-ayudan-construir-una-sociedad-mas-inclusiva-y-segura-para-todos>

24. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Ene 13] Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>

25. Martínez B, Gómez P. Pobreza, Discapacidad y Derechos Humanos. Rev. Española de Discapacidad. 2013; 1(1): 9-32.

26. Organización Internacional del Trabajo. Discapacidad y trabajo [Internet] [Consultado 2021 Ene 15] Disponible en: https://www.ilo.org/global/topics/disability-and-work/WCMS_475652/lang-es/index.htm

27. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022 [Internet] [Consultado 2021 Ene 15] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

28. Correa L, Castro M. Discapacidades e inclusión social en Colombia [Internet] [Consultado 2021 Ene 15] Disponible en: https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pcd_discapacidad_inclusion_social.pdf

29. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Entre 140 y 180 millones de personas viven con una discapacidad en las Américas [Internet] [Consultado 2021 Feb 6] Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7836:2012-entre-140-180-millones-personas-viven-discapacidad-americas&Itemid=1926&lang=es#:~:text=mediateam%40paho.org-,Entre%20140%20y%20180%20millones%20de%20personas,una%20discapacidad%20en%20las%20Am%C3%A9ricas&text=Seg%C3%BAn%20estudios%20realizados%20en%20la,intelectual%2C%20de%20comunicaci%C3%B3n%20y%20visceral.

30. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). 53 millones de adultos en los EE. UU tienen una discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Feb 6] Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_adultos_discapacidad_07_302015.html

31. INEGI. Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 [Internet] [Consultado 2021 Feb 6] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/nota_tec_enadid_18.pdf

32. Amate A, Vásquez J. Discapacidad: Lo que todos debemos saber. Biblioteca Sede OPS [Internet] [Consultado 2021 Feb 6] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/719/9275316163.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

33. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Discapacidad en América Latina y el Caribe, desafíos para las políticas públicas [Internet] [Consultado 2021 Feb 10] Disponible en: <https://www.cepal.org/notas/74/Titulares2>

34. Instituto Nacional de Salud. Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011 [Internet] [Consultado 2021 Feb 10]

Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informefinal.pdf>

35. Ministerio de Desarrollo Social. Estudio Nacional de la Discapacidad 2015 [Internet] [Consultado 2021 Feb 14] Disponible en: <https://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2017/02/Libro-Resultados-II-Estudio-Nacional-de-la-Discapacidad.pdf>

36. Ortiz J. La discapacidad en el Ecuador en cifras. Rev. Fac. de Ciencias Médicas. 2013; 31(1): 74-81.

37. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de las Personas con Discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Feb 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-dic2019-v2.pdf>

38. Ministerio de Salud y Protección Social. Rehabilitación para las personas con discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Feb 27] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/rehabilitacion.aspx>

39. Moscoso P, Guzmán Valencia E, Durán Pinto L. Las cuidadoras con Discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Feb 27] Disponible en: <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/12049/TE-24108.pdf?sequence=1>

40. de la Cuesta C. Cuidado artesanal: a invención ante la adversidad. Universidad de Antioquia. Medellín, 2004.

41. Fundación ONCE para la cooperación e inclusión social de personas con discapacidad. Accesibilidad universal y diseño para todos, Arquitectura y urbanismo [Internet] [Consultado 2021 Feb 27] Disponible en: <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0578035.pdf>

42. Gobernación de Antioquia, Universidad de Antioquia. Discapacidad de Origen Vial - DOV 2020 [Internet] [Consultado 2021 Feb 27] Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1tiXqu_KOORmfbkNZbrjDAYjjMzcb97Uh/view

43. Bustamante L. Discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Mar 2] Disponible en: https://www.dssa.gov.co/images/planeacion/PRESENTACION_DISCAPACIDAD_022420.pdf

44. Soto M. La integración social de los discapacitados. Análisis de la normativa internacional en materia de discapacidad desde la perspectiva colombiana. Justicia Juris. 2013; 9 (2): 20-31.

45. Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991. Colombia: Grupo Editorial Nueva Legislación; 1991.

46. Instituto Nacional de Estadísticas- INE. Discapacidad. Tasas, esperanzas de vida en salud [Internet] [Consultado 2021 Mar 21] Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926668516&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888

47. Cortez J, Sotomayor E. La Exclusión Social de las personas con discapacidad en situaciones de pobreza. El caso de los campamentos saharauis de Argelia. *Index Enferm.* 2016; 25 (3): 180-184.
48. Gobernación de Antioquia. Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social- Departamento de Antioquia 2015-2024 [Internet] [Consultado 2021 Mar 8] Disponible en: https://www.dssa.gov.co/images/programas-y-proyectos/salud-publica/PPDIS_Departamento_de_Antioquia.pdf
49. Huerta J. Discapacidad y Accesibilidad: La dimensión desconocida [Internet] [Consultado 2021 Mar 23] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/920_gob422.pdf
50. Gutiérrez E. Aplicación de la terminología propuesta por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) [Internet] [Consultado 2021 Mar 23] Disponible en: <http://www.sidar.org/recur/desdi/pau/ciddm.php>
51. Egea C, Sarabia A. Visión y modelos conceptuales de la discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Mar 23] Disponible en: https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_modelos.pdf
52. Hernández A. Las personas con discapacidad. Su calidad de vida y su entorno. *Rev. Aquichans.* 2004; 4 (1): 60-65.
53. Maldonado J. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Bol. Mex. Der. Comp.* 2013; 46 (138):1093-1109.
54. Hernández M. El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Rev. CES Derecho.* 2015; 6 (2): 46-59.
55. Céspedes G. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Revista Aquichan.* 2005; 5 (1):108-113.
56. Ministerio de Salud y Protección Social. Discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Abr 2]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/discapacidad.aspx>
57. Ministerio de Salud y Protección Social. Glosario de términos sobre discapacidad. 2020 [Internet] [Consultado 2021 Abr 2] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/glosario-discapacidad-2020.pdf>
58. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Estrategias de inclusión [Internet] [Consultado 2021 Abr 2] Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-strategies.html#:~:text=La%20inclusi%C3%B3n%20de%20personas%20con,sociedad%2C%20al%20igual%20que%20las>
59. López F. La accesibilidad en evolución: La adaptación persona - entorno y su aplicación al medio residencial en España y Europa. 2016 [Internet] [Consultado 2021 Abr 8] Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/385208/fal1de1.pdf?sequence=1>

60. Sistema Distrital de Discapacidad: Mesa Distrital de Accesibilidad. Guía Práctica de Accesibilidad. 2019 [Internet]. [Consultado 2021 Abr 8] Disponible en: https://www.movilidadbogota.gov.co/web/sites/default/files/Paginas/29-05-2020/guipa_26-12-20191.pdf
61. Vega C, Grajales H, Lombana, Montoya A. Sistemas de información: definiciones, usos y limitantes al caso de la producción ovina colombiana. Rev. Orinoquia. 2017; 21(1): 64-
62. Sistemas de Información Gerencial. Los Componentes de los Sistemas de Información [Internet] [Consultado 2021 Ene 10] Disponible en: <https://sig5a5.wordpress.com/2015/04/24/los-componentes-de-los-sistemas-de-informacion/>
63. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Cad. Salud Pública. 2006; 22(12) :2693-2702.
64. Plazzotta F, Luna D , González F. Sistemas de Información en Salud: Integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015; 32(2): 343-51.
65. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad [Internet] [Consultado 2022 Jul 03] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCapacidad_RLCPD.aspx#:~:text=El%20RLCPD%20es%20una%20herramienta,variaci%C3%B3n%20del%20estado%20de%20salud.
66. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 113 de 2020 por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. MinSalud; 2020.
67. Díaz M; Contreras Y; Amador S. Características de los sistemas de información que permiten la gestión oportuna de la información y el conocimiento institucional. ACIMED. 2009; 20(5): 66-71.
68. Mirás L, Rico M, Saulo H. La “cultura del dato” en los procesos de producción de la información estadística en las instituciones universitarias argentinas. Rev. iberoam. cienc. tecnol. soc. 2018; 13 (37): 143-152.
69. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad-RLCPD [Internet] [Consultado 2022 Jul 02] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsoc>
70. Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948 [Internet] [Consultado 2021 Ene 23] Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
71. Departamento de derecho internacional. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Feb 23] Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>
72. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo [Internet] [Consultado 2021 Feb 25] Disponible en:

<https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>

73. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Nomograma de Discapacidad para la República de Colombia. MinSalud; Agosto 2019.

74. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41148 (Dic. 23 1993).

75. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 119 de 1994 por la cual se reestructura el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, se deroga el Decreto 2149 de 1992 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 40.703 (Dic. 31 1992).

76. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 181 de 1995 Por la cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte. Diario Oficial, 41.679 (Ene. 18 1995).

77. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 361 de 1997 por la cual se establecen mecanismos de integración social de la personas con limitación y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 42978 (Feb. 11 1997).

78. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 582 de 2000 por medio de la cual se define el deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, se reforma la Ley 181 de 1995 y el Decreto 1228 de 1995, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 44.040 (Jun. 12 2000).

79. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 762 de 2002 por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999). Diario Oficial, 44.889 (Agt. 5 2002).

80. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Diario Oficial, 46.453 (Nov. 15 2006).

81. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 115 de 1994 por la cual se expide la Ley General de Educación. Diario Oficial, 41.214 (Feb. 08 1994).

82. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. [Internet] [Consultado 2022 Mar 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/politica-publica.aspx>

83. Ministerio de Salud y Protección Social. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. [Internet] [Consultado 2022 Mar 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/de-personas-con-discapacidad.pdf>

84. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Diario Oficial, 48587 (Oct. 18 2012).
85. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 1618 de 2013 por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Diario Oficial, 48.717 (Feb. 27 2013).
86. Ministerio de Salud y Protección Social. Discapacidad. [Internet] [Consultado 2022 Mar 18] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/discapacidad.aspx>
87. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 49427 (Feb. 16 2015).
88. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 1752 de 2015 por medio de la cual se modifica la Ley 1482 de 2011, para sancionar penalmente la discriminación contra las personas con discapacidad. Diario Oficial, 49531 (Jun. 03 2015).
89. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. MinSalud; 1993.
90. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 113 de 2020 por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. MinSalud; 2020.
91. Ministerio de Salud y Protección Social. Certificación de discapacidad. [Internet] [Consultado 2022 Mar 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/certificacion.aspx>
92. Colombia. Asamblea Departamental de Antioquia. Ordenanza N°10 por medio de la cual se adopta por parte del departamento de Antioquia el plan Nacional de atención a las personas con discapacidad. Antioquia; 2001.
93. Colombia. Asamblea Departamental de Antioquia. Ordenanza N°20 por medio de la cual se ordena la creación de los consejos municipales de atención integral a la discapacidad. Antioquia; 2002
94. Colombia. Asamblea Departamental de Antioquia. Ordenanza N°33 por medio de la cual se establece en el Departamento de Antioquia mecanismos para la atención integral a la población con discapacidad. Antioquia; 2002.
95. Colombia. Asamblea Departamental de Antioquia. Ordenanza N°23 por medio de la cual se fija la política pública en materia de discapacidad en el departamento de Antioquia. Antioquia; 2003.
96. Colombia. Asamblea Departamental de Antioquia. Ordenanza N°27 por medio de la cual se fija el día 18 de junio como el día de la persona en situación de discapacidad "NATALIA ALVAREZ REBAJE". Antioquia; 2007.

97. Colombia. Asamblea Departamental de Antioquia. Ordenanza N°28 por medio de la cual se crean e institucionalizan los juegos paralímpicos departamentales. Antioquia; 2007.
98. Ministerio de Salud y Protección Social. Consejo Nacional de Política Económica y Social. [Internet] [Consultado 2022 Mar 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/CONPES166.pdf>
99. Colombia. Asamblea Departamental de Antioquia. Ordenanza N°09 por la cual se adopta la política pública de discapacidad e inclusión social en el departamento de Antioquia. Antioquia; 2015.
100. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual del usuario del aplicativo web del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD. Oficina de Promoción Social [Internet] [Consultado 2021 Abr 23]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/documentos-de-interes/manual-del-usuario-rlcp/manual-del-usuario-rlcp/985-manual-del-usuario-aplicativo-web-enero-27-de-2014/file>
101. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD. [Internet] [Consultado 2021 Abr 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>
102. Manterola C, Otzen T. Los sesgos en investigación clínica. *Int. J. Morphol*, 2015; 33(3):1156-1164
103. Barraza F, Arancibia M, Madrid E, Papuzinski C. Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: error aleatorio y error sistemático. *Medwave*. 2019; 19(7):e7687.
104. Blasco R, Tobal J, Morales I. Sesgos de memoria en los trastornos de ansiedad. *Clínica y Salud*. 2011; 22(2):187-197.
105. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Índice de Desarrollo en la Primera Infancia ECDI 2030. Instrucciones para los entrevistadores. [Internet] [Consultado 2021 Mar 12]; https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2021/03/ECD-Interview-Guidelines-SP-3_10.pdf
106. Restrepo M, Resrepo C. Sesgos en diseños analíticos. *rev.colomb.psiquiater*. 2004; 33(3):327-335.
107. *salusplay* [Internet] Viscaya. [Consultado 2021 Mar 7]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-metodologia-de-la-investigacion/tema-7-errores-y-sesgos-en-investigacion/2>
108. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol*, 2014; 32(2): 634-645.
109. Moreno A, López S, Corcho A. Principales medidas en epidemiología. *Salud Públ. Méx*. 2000. 42(4): 337–348.
110. Análisis de Correspondencias Múltiples. [Internet] [Consultado 2021 Mar 28]. Disponible en: <https://www.xlstat.com/es/soluciones/funciones/analisis-de-correspondencias-multiples-acm>

111. Modelos de Regresión. Apuntes del curso FEIR3, curso 2014/15. [Internet] [Consultado 2021 Mar 29]. Disponible en: <https://gauss.inf.um.es/feir/40/>
112. Ramírez B, Rueda S. Trastornos de ansiedad y su relación con las condiciones carcelarias en personas reclusas en Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2020; 38(3):1-14.
113. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 1377 de 2013 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012, Derogado Parcialmente por el Decreto 1081 de 2015. *Diario Oficial*, 53646 (Jun. 27 2013).
114. Códigos Internacionales de Ética de la Investigación: Código de Núremberg. [Internet] [Consultado 2021 Mar 28]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16806/v108n%285-6%29p625.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
115. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Investigación médica en seres humanos. [Internet] [Consultado 2021 Mar 28]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/>
116. Gómez N, Pérez A, López D, Medina M. Personas con discapacidad: barreras de acceso al empleo y algunas alternativas de inclusión en Colombia. *rev.ces derecho* 11(2): 3-24.
117. Soler A, Teixeira T.C, Jaime V. Discapacidad y dependencia: Una perspectiva de género. [Internet] [Consultado 2022 Mar 28] Disponible en: <https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-humanos-discapacidad/Discapacidad%20y%20dependencia%20una%20perspectiva%20de%20genero.%20Espana%202008.pdf>
118. Espinosa O. Participación laboral de personas en situación de discapacidad. Análisis desde un enfoque de género para Colombia. *Economía: Teoría y práctica*. 2016; 45(2):137-167.
119. Pinilla M. La realidad de la discapacidad: pobreza multidimensional de las personas con discapacidad y sus familias en América Latina. *Rev. Discapacidad y Salud*. 2018; 11(3): 398-404.
120. Pinilla M, Mactaggart I, Kuper H, Dionicio C, NaberJ, MurthyG, Polack S. Pobreza multidimensional y discapacidad: un estudio de casos y controles en India, Camerún y Guatemala. *SSM. Salud de la población*. 2020; 11.
121. Pérez Suarez I. Personas con Discapacidad y actividad laboral: el papel de las barreras actitudinales [Internet] España: Universidad de la Laguna; 2015 [Consultado 2022 Mar 13] Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2505/Personas+con+Discapacidad+y+actividad+laboral+el+papel+de+las+barreras+actitudinales+.pdf;jsessionid=F69063C8A56D084231A9DF25FD8D55E0?sequence=1>
122. Campos J, Caicedo M, Rodriguez J. La situación laboral de las personas con discapacidad en Colombia desde un enfoque local. *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*. 2021; 31:280-300.
123. Fundación Saldarriaga Concha. Discapacidad, Inclusión Consultoría para el Desarrollo. Índice Multidimensional de Inclusión social y productiva para personas con discapacidad [Internet]

[Consultado 2021 Mar 22] Disponible en: https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/IMISP-PM_2019-Nacional_310321_entregable-1.pdf

124. Departamento Nacional de Planeación. Alianza por la inclusión y la dignidad de todas las personas con discapacidad. [Internet] [Consultado 2021 Mar 28]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Pactos-Transversales/Pacto-por-la-inclusion-de-todas-las-personas-con-discapacidad/inclusion-a-personas-con-discapacidad.aspx>

125. Martínez R, Fernández A. Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto [Internet] [Consultado 2022 Mar 18] Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37471/S2009862_es.pdf

126. Palmeros G, Garín J. La atención a las personas con discapacidad en las universidades mexicanas y españolas, desde la revisión de las políticas educativas. 2016; 25(49):83-102.

127. Ministerio de Educación Nacional. Educación para todos. [Internet] [Consultado 2021 Abr 2]. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-141881.html>

128. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de promoción social. Sala situacional de las personas con discapacidad. [Internet] [Consultado 2021 Mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacion-discapacidad.pdf>

129. Fundación Saldarriaga Concha. Discapacidad. Informe Alternativo de la Fundación Saldarriaga Concha al Comité de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Mar 23]. Disponible en: https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pcd_discapacidad_inclusion_social.pdf

130. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de las Personas con Discapacidad [Internet] [Consultado 2021 Mar 22] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacion-discapacidad.pdf>

131. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación [Internet] [Consultado 2021 Mar 28] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

132. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad y salud. [Internet] [Consultado 2021 Feb 6] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

133. Salazar E, Cabrera G. Discapacidad de origen vial en Manizales 2030: Estudio descriptivo. Manizales: UdeA-SITT Ingeniería Tránsito y Tecnología Cia SAS, 2020.

134. Barbosa M. Acceso de las personas con discapacidad a los servicios públicos: derecho impostergable con base en el control difuso de convencionalidad. 2014; (32):1-32.

135. Fernández L. Limitaciones en la investigación: Principales tipos de limitaciones [Internet] [Consultado 2021 Mar 19] Disponible en: <https://depsicologia.com/memoria-efecto-telescopio/#:~:text=El%20efecto%20telescopio%20es%20un,adicci%C3%B3n%20al%20alcohol%20o%20drogas.>

13. Anexos

Anexo 1. Variables incluidas en el trabajo.

Nombre de la variable	Categorías originales	Recodificación	Naturaleza	Nivel de medición
Sexo del encuestado	1. Hombre 2. Mujer	0. Hombre 1. Mujer	Cualitativa	Ordinal
Edad	Número entero	0. 0-29 1. 60+ 2. 30-59	Cuantitativa	Razón
Estrato	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4 5. Estrato 5 6. Estrato 6 7. Sin clasificación	0. Alto 1. Bajo 2. Medio 3. Sin clasificación 4. Sin dato	Cualitativa	Ordinal
Tipo de alteración que más le afecta	1. El sistema nervioso 2. Los ojos 3. Los oídos 4. Olfato, tacto, gusto 5. La voz, el habla 6. S. cardiorrespiratorio, las defensas 7. La digestión, el metabolismo, las hormonas 8. El sistema genital, urinario, reproductivo 9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas 10. La piel, las uñas, el cabello	0. Menos de dos 1. Más de dos 2. Sin dato	Cualitativa	Ordinal
Tiene dificultad para	1. Pensar, memorizar 2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas" 3. Oír, aun con aparatos especiales 4. Distinguir sabores u olores 5. Hablar y comunicarse 6. Desplazarse por problemas respiratorios o del corazón 7. Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos 8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos 9. Caminar, correr, saltar 10. Mantener piel, uñas y cabellos sanos 11. Relacionarse con las demás personas y el entorno 12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos 13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo 14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo	0 Menos de dos 1. Más de dos 2. Sin dato	Cualitativa	Ordinal
Barreras sociales o actitudinales	1. Familiares 2. Amigos 3. Vecinos 4. Empleados 5. Otras personas 6. Nadie	0. No percibe 1. Percibe al menos una 2. Sin dato	Cualitativa	Ordinal
Barreras físicas o ambientales	1. Dormitorio 2. Sala 3. Baño 4. Escaleras 5. Pasillos, Patios 6. Andenes, Aceras 7. Calle, Vías 8. Parques 9. Paraderos 10. Vehículos de transporte público 11. Centros educativos	0. No percibe 1. Percibe al menos una 2. Sin dato	Cualitativa	Ordinal

	<ul style="list-style-type: none"> 12. Lugares de trabajo 13. Centros de Salud 14. Centros Comerciales 15. Otros lugares 16. Ningún Lugar 			
Consecuencia de la discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> 1. Condiciones de salud de la madre durante el embarazo 2. Complicaciones durante el parto 3. Enfermedad general 4. Alteración genética, hereditaria 5. Lesión autoinfligida 6. Enfermedad profesional 7. Consumo de psicoactivos 8. Desastre natural 9. Accidente 10. Víctima de violencia 11. Conflicto armado 12. Dificultades en la prestación de servicios de salud 13. Otra causa 		Cualitativa	Ordinal
Asiste a algún establecimiento educativo	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 		Cualitativa	Nominal
Causa principal por la que no estudia	<ul style="list-style-type: none"> 1. Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar 2. Costos educativos elevados o falta de dinero 3. Por falta de tiempo 4. No aprobó el examen de ingreso 5. Falta de cupos 6. No existe centro educativo cercano 7. Necesita trabajar 8. No le gusta o no le interesa el estudio 9. Perdió el año o fue expulsado 10. Su familia no quiere que estudie 11. Por su discapacidad 12. Otra razón 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Otras causas 1. Por su discapacidad 2. Sin dato 	Cualitativa	Ordinal
Último nivel educativo aprobado	<ul style="list-style-type: none"> 1. Preescolar 2. Básica Primaria 3. Básica secundaria 4. Técnico o Tecnológico 5. Universitario 6. Postgrado 7. Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Superior 1. Ninguno 2. Básico 3. Sin dato 	Cualitativa	Ordinal
Asiste al servicio de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<ul style="list-style-type: none"> 0. Si 1. No 2. No le ordenaron 3. Sin dato 	Cualitativa	Ordinal
Causa de no recibir servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ya terminó el servicio de rehabilitación 2. Cree que ya no lo necesita 3. No le gusta 4. Falta de dinero 5. El centro de atención queda muy lejos 6. No hay quién lo lleve 7. No ha sido autorizado por el asegurador 8. No sabe 		Cualitativa	Nominal
Pagador del proceso de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> 1. El sistema general de salud 2. La familia 3. Personalmente 4. Una ONG 5. El empleador 6. Otro 		Cualitativa	Nominal
Le ordenaron usar	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ayudas técnicas 2. Prótesis 3. Medicamentos 4. Ninguna 		Cualitativa	Nominal

Anexo 2. Tasas crudas y ajustadas de discapacidad, según año y subregión. Antioquia 2002 hasta 2020.

Año	Población	Tasa cruda	Tasa ajustada	IC (95,0%)	
2002	Bajo Cauca	0.00	0.00	0.00	0.00
2002	Magdalena Medio	0.00	0.00	0.00	0.00
2002	Nordeste	0.00	0.00	0.00	0.00
2002	Occidente	0.00	0.00	0.00	0.00
2002	Norte	0.00	0.00	0.00	0.00
2002	Oriente	0.00	0.00	0.00	0.01
2002	Suroeste	0.00	0.00	0.00	0.00
2002	Urabá	0.00	0.00	0.00	0.00
2002	Valle de Aburrá	0.00	0.00	0.00	0.00
2003	Bajo Cauca	0.00	0.00	0.00	0.00
2003	Magdalena Medio	0.01	0.01	0.00	0.06
2003	Nordeste	0.01	0.01	0.00	0.04
2003	Occidente	0.00	0.00	0.00	0.00
2003	Norte	0.64	0.70	0.59	0.82
2003	Oriente	0.12	0.12	0.10	0.15
2003	Suroeste	1.48	1.44	1.32	1.56
2003	Urabá	0.00	0.00	0.00	0.02
2003	Valle de Aburrá	0.70	0.67	0.64	0.70
2004	Bajo Cauca	0.00	0.00	0.00	0.00
2004	Magdalena Medio	1.25	1.27	1.05	1.53
2004	Nordeste	0.24	0.23	0.16	0.31
2004	Occidente	0.01	0.01	0.00	0.03
2004	Norte	1.37	1.49	1.33	1.66
2004	Oriente	2.71	2.70	2.57	2.83
2004	Suroeste	1.50	1.46	1.34	1.59
2004	Urabá	0.00	0.00	0.00	0.02
2004	Valle de Aburrá	0.00	0.00	0.00	0.01
2005	Bajo Cauca	0.01	0.01	0.00	0.05
2005	Magdalena Medio	11.43	11.77	11.07	12.50
2005	Nordeste	3.02	3.18	2.92	3.46
2005	Occidente	6.36	6.48	6.12	6.85
2005	Norte	2.11	2.33	2.12	2.55
2005	Oriente	2.95	2.94	2.80	3.08
2005	Suroeste	3.83	3.79	3.60	3.99
2005	Urabá	3.50	4.71	4.46	4.97
2005	Valle de Aburrá	0.79	0.77	0.74	0.80
2006	Bajo Cauca	11.89	15.00	14.39	15.63
2006	Magdalena Medio	5.10	5.26	4.79	5.75
2006	Nordeste	2.22	2.34	2.12	2.58
2006	Occidente	2.96	3.02	2.78	3.28
2006	Norte	5.10	5.18	4.88	5.49
2006	Oriente	0.42	0.42	0.37	0.48
2006	Suroeste	0.70	0.69	0.61	0.77
2006	Urabá	2.69	3.58	3.37	3.81
2006	Valle de Aburrá	0.86	0.84	0.80	0.87
2007	Bajo Cauca	0.01	0.01	0.00	0.04
2007	Magdalena Medio	0.05	0.06	0.02	0.13
2007	Nordeste	0.08	0.06	0.04	0.11
2007	Occidente	0.04	0.03	0.01	0.07
2007	Norte	0.01	0.01	0.00	0.04

2007	Oriente	0.45	0.45	0.40	0.50
2007	Suroeste	0.61	0.58	0.51	0.66
2007	Urabá	0.88	1.18	1.06	1.31
2007	Valle de Aburrá	0.83	0.83	0.80	0.86
2008	Bajo Cauca	0.01	0.01	0.00	0.05
2008	Magdalena Medio	8.71	9.03	8.43	9.68
2008	Nordeste	1.47	1.58	1.40	1.78
2008	Occidente	0.43	0.44	0.35	0.54
2008	Norte	1.23	1.36	1.21	1.54
2008	Oriente	0.47	0.46	0.41	0.52
2008	Suroeste	0.09	0.10	0.07	0.13
2008	Urabá	0.07	0.09	0.06	0.13
2008	Valle de Aburrá	0.11	0.11	0.10	0.12
2009	Bajo Cauca	0.00	0.01	0.00	0.04
2009	Magdalena Medio	0.00	0.00	0.00	0.00
2009	Nordeste	0.01	0.01	0.00	0.04
2009	Occidente	1.49	1.48	1.31	1.66
2009	Norte	1.83	2.03	1.84	2.24
2009	Oriente	2.71	2.68	2.55	2.81
2009	Suroeste	5.97	5.74	5.50	5.98
2009	Urabá	1.21	1.64	1.50	1.79
2009	Valle de Aburrá	0.00	0.00	0.00	0.00
2010	Bajo Cauca	0.01	0.02	0.00	0.06
2010	Magdalena Medio	0.02	0.02	0.00	0.08
2010	Nordeste	0.02	0.02	0.01	0.06
2010	Occidente	0.05	0.05	0.02	0.09
2010	Norte	0.02	0.02	0.00	0.05
2010	Oriente	0.00	0.00	0.00	0.01
2010	Suroeste	0.01	0.01	0.00	0.02
2010	Urabá	0.01	0.02	0.01	0.04
2010	Valle de Aburrá	3.97	3.88	3.81	3.94
2011	Bajo Cauca	0.00	0.00	0.00	0.04
2011	Magdalena Medio	0.01	0.01	0.00	0.06
2011	Nordeste	0.01	0.01	0.00	0.04
2011	Occidente	0.00	0.00	0.00	0.00
2011	Norte	0.01	0.01	0.00	0.04
2011	Oriente	0.00	0.00	0.00	0.01
2011	Suroeste	0.00	0.00	0.00	0.00
2011	Urabá	0.00	0.00	0.00	0.02
2011	Valle de Aburrá	0.18	0.17	0.16	0.18
2012	Bajo Cauca	0.12	0.15	0.10	0.23
2012	Magdalena Medio	0.31	0.33	0.22	0.48
2012	Nordeste	1.85	2.00	1.80	2.22
2012	Occidente	2.03	2.07	1.87	2.29
2012	Norte	1.70	1.77	1.60	1.95
2012	Oriente	1.40	1.38	1.30	1.48
2012	Suroeste	0.67	0.65	0.57	0.73
2012	Urabá	1.37	1.64	1.51	1.79
2012	Valle de Aburrá	0.49	0.48	0.45	0.50
2013	Bajo Cauca	4.48	5.18	4.86	5.53
2013	Magdalena Medio	2.91	3.08	2.73	3.46
2013	Nordeste	3.68	3.85	3.57	4.15
2013	Occidente	4.26	4.35	4.06	4.66
2013	Norte	5.24	5.63	5.31	5.95
2013	Oriente	7.86	7.77	7.56	7.99
2013	Suroeste	3.06	2.96	2.79	3.14

2013	Urabá	2.71	3.21	3.02	3.40
2013	Valle de Aburrá	3.31	3.21	3.15	3.27
2014	Bajo Cauca	0.51	0.55	0.45	0.67
2014	Magdalena Medio	3.86	4.09	3.69	4.52
2014	Nordeste	4.07	4.39	4.08	4.71
2014	Occidente	2.43	2.46	2.24	2.69
2014	Norte	1.81	1.92	1.74	2.11
2014	Oriente	1.46	1.45	1.36	1.55
2014	Suroeste	2.31	2.21	2.07	2.37
2014	Urabá	4.05	4.99	4.76	5.23
2014	Valle de Aburrá	1.98	1.91	1.87	1.96
2015	Bajo Cauca	1.59	1.76	1.58	1.96
2015	Magdalena Medio	0.46	0.45	0.33	0.61
2015	Nordeste	1.55	1.60	1.42	1.80
2015	Occidente	3.45	3.47	3.22	3.75
2015	Norte	1.80	1.84	1.66	2.02
2015	Oriente	1.98	1.94	1.83	2.05
2015	Suroeste	2.39	2.29	2.14	2.45
2015	Urabá	1.84	2.06	1.92	2.21
2015	Valle de Aburrá	4.49	4.42	4.35	4.49
2016	Bajo Cauca	1.28	1.56	1.38	1.75
2016	Magdalena Medio	1.59	1.66	1.41	1.94
2016	Nordeste	1.65	1.75	1.56	1.96
2016	Occidente	1.01	1.00	0.86	1.15
2016	Norte	1.93	2.02	1.84	2.22
2016	Oriente	0.84	0.82	0.76	0.90
2016	Suroeste	1.10	1.07	0.97	1.18
2016	Urabá	1.24	1.45	1.33	1.57
2016	Valle de Aburrá	1.02	1.01	1.01	1.01
2017	Bajo Cauca	0.89	0.95	0.82	1.10
2017	Magdalena Medio	5.96	6.30	5.80	6.82
2017	Nordeste	1.96	2.09	1.88	2.31
2017	Occidente	3.00	2.97	2.73	3.22
2017	Norte	1.38	1.46	1.30	1.63
2017	Oriente	1.71	1.69	1.60	1.79
2017	Suroeste	4.98	4.72	4.50	4.94
2017	Urabá	1.20	1.36	1.25	1.48
2017	Valle de Aburrá	4.15	4.10	4.03	4.12
2018	Bajo Cauca	4.09	5.00	4.68	5.33
2018	Magdalena Medio	1.81	1.87	1.61	2.16
2018	Nordeste	6.06	6.45	6.08	6.83
2018	Occidente	6.96	6.93	6.57	7.31
2018	Norte	6.32	6.58	6.25	6.92
2018	Oriente	5.43	5.37	5.37	5.55
2018	Suroeste	3.05	2.94	2.77	3.12
2018	Urabá	2.37	2.70	2.54	2.87
2018	Valle de Aburrá	4.77	4.77	4.70	4.84
2019	Bajo Cauca	2.49	2.92	2.69	3.17
2019	Magdalena Medio	3.80	3.94	3.56	4.35
2019	Nordeste	8.64	9.16	8.73	9.60
2019	Occidente	3.77	3.74	3.48	4.02
2019	Norte	5.10	5.44	5.14	5.75
2019	Oriente	3.33	3.28	3.15	3.42
2019	Suroeste	2.39	2.28	2.14	2.44
2019	Urabá	1.57	1.84	1.71	1.98
2019	Valle de Aburrá	4.46	4.43	4.37	4.50

2020	Bajo Cauca	1.18	1.38	1.23	1.55
2020	Magdalena Medio	0.87	0.94	0.76	1.15
2020	Nordeste	0.71	0.76	0.64	0.90
2020	Occidente	1.61	1.62	1.45	1.81
2020	Norte	1.88	1.97	1.80	2.16
2020	Oriente	1.32	1.32	1.23	1.41
2020	Suroeste	1.96	1.89	1.76	2.03
2020	Urabá	0.62	0.72	0.64	0.81
2020	Valle de Aburrá	0.64	0.66	0.63	0.68

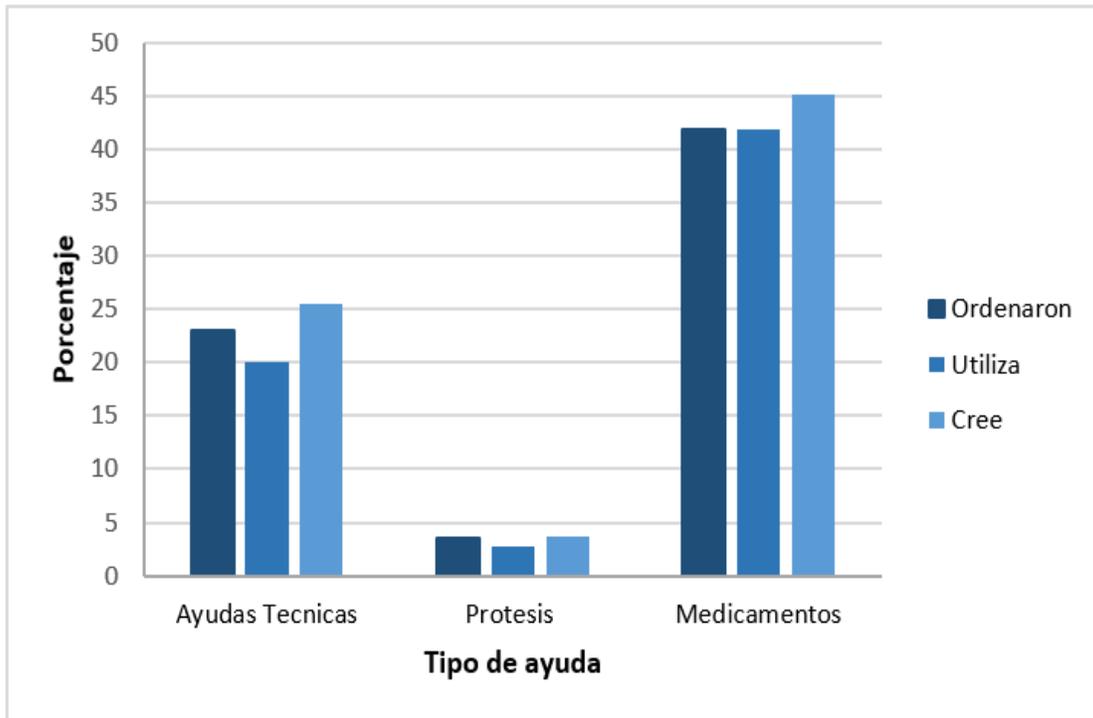
Anexo 3. Diagnóstico oportuno de salud de las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?	Hombre	Mujer	Total	%
Sí	76.991	66.807	143.798	70,6
No	30.643	28.531	59.174	29,0
Sin dato	382	359	741	0,4
Total	108.016	95.697	203.713	100,0

Anexo 4. A quien le atribuye su recuperación las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

A que se le atribuye su recuperación	Total	%
No se está recuperando de la discapacidad	172.555	84,7
A los servicios de salud y rehabilitación recibidos	11.783	5,8
A la ayuda de Dios	7.309	3,6
Al apoyo de la familia	6.869	3,4
A su empeño por salir adelante	3.020	1,5
Otro	736	0,4
A la acción de la medicina alternativa	555	0,3
Sin dato	886	0,4
Total	203.713	100,0

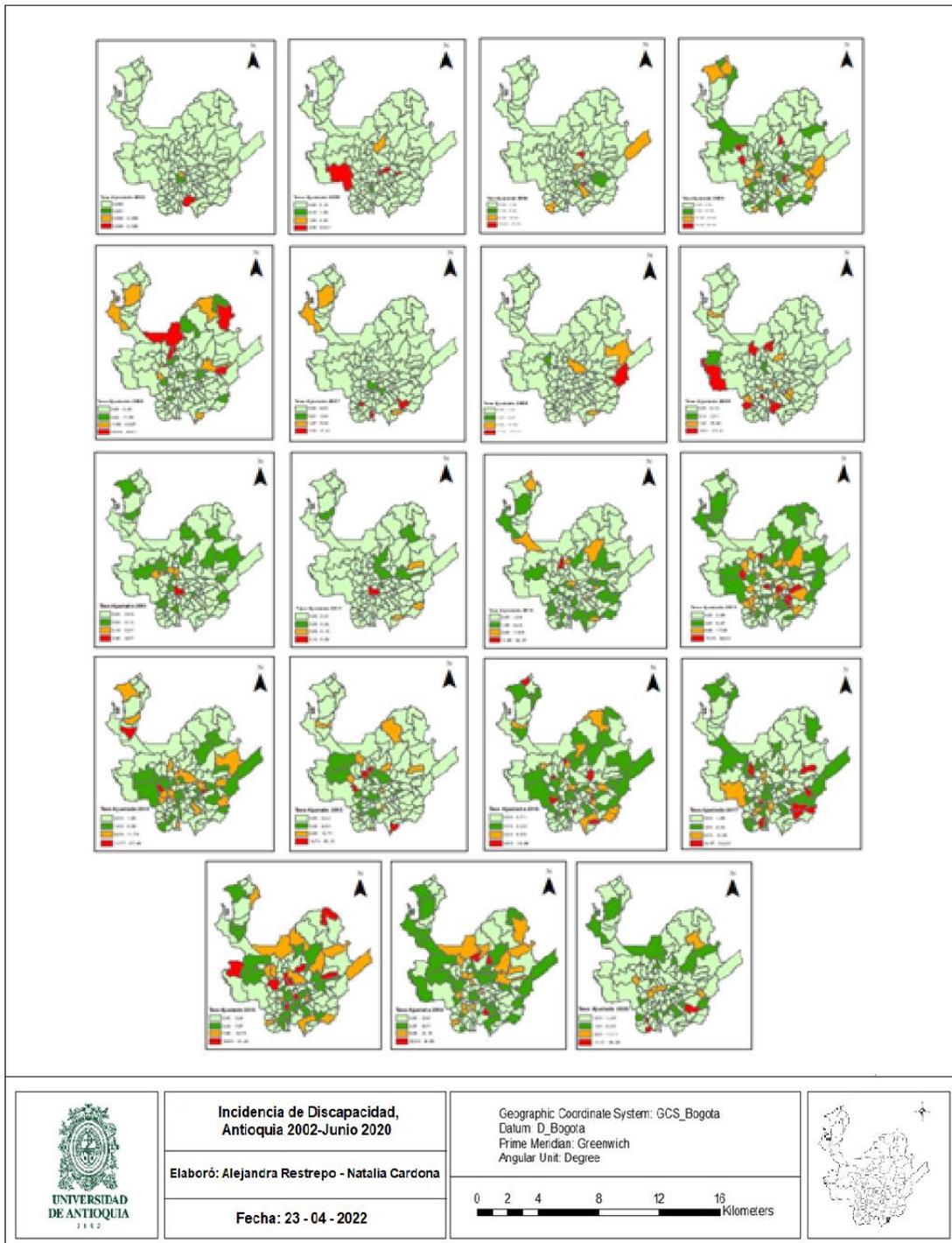
Anexo 5. Ordenaron usar y cree necesitar de ayudas en personas con discapacidad, Antioquia 2002 hasta 2020.



Anexo 6. Actividad realizada en los últimos 6 meses por las personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Actividad	Total	%
Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión	64.952	31,9
Realizando oficios del hogar	30.698	15,1
Otra actividad	29.580	14,5
Estudiando	28.456	14,0
Trabajando	19.708	9,7
Incapacitado permanente para trabajar - con pensión	9.850	4,8
Buscando trabajo	7.214	3,5
Pensionado-jubilado	3.660	1,8
Realizando actividades de autoconsumo	3.592	1,8
Recibiendo renta	451	0,2
Sin dato	5.552	2,7
Total	203.713	100,0

Anexo 7. Tasa municipal ajustada discapacidad por 1.000 habitantes, Antioquia 2002 hasta 2020.



Anexo 8. Medidas de asociación – Participación en actividades familiares o comunitarias en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Variable	Prueba de Omnibus	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke	Hosmer y Lemeshow	Porcentaje global de clasificación	B	P	OR	IC 95%		
										Li	Ls	
Presentar dos o más dificultades	0,00	196,381,726	0,08	0,11	0,06	63,30	0,62	0,00	1,86	1,81	1,91	
Presentar dos o más alteraciones							0,20	0,00	1,22	1,19	1,25	
Edad								0,00				
30-59							0,25	0,00	1,28	1,24	1,31	
60+							0,58	0,00	1,79	1,73	1,84	
Mujer							0,11	0,00	1,12	1,09	1,14	
Estrato								0,00				
Medio							-	0,47	0,00	0,62	0,56	0,70
Bajo							-	0,59	0,00	0,55	0,49	0,62
Percibir barreras actitudinales							0,09	0,00	1,09	1,07	1,12	
Nivel académico								0,00				
Básico							0,23	0,00	1,25	1,18	1,33	
Ninguno							0,74	0,00	2,10	1,98	2,23	
Percibir barreras físicas							0,37	0,00	1,45	1,41	1,49	
Sin ingreso							0,31	0,00	1,36	1,32	1,39	

Anexo 9. Medidas de asociación – Participación en actividades académicas en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Variable	Prueba de Omnibus	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke	Hosmer y Lemeshow	Porcentaje global de clasificación	B	P	OR	IC 95%		
										Li	Ls	
Nivel académico	0,00	127239,093b	0,12	0,17	0,07	64,62		0,00				
Básico							0,20	0,00	1,22	1,13	1,31	
Ninguno							1,04	0,00	2,82	2,62	3,05	
Presentar dos o más dificultades							0,57	0,00	1,77	1,71	1,82	
Presentar dos o más alteraciones							0,40	0,00	1,50	1,45	1,55	
Sin ingreso							0,52	0,00	1,69	1,64	1,74	
Edad								0,00				
30-59							-	0,38	0,00	0,68	0,66	0,70
60+							-	0,84	0,00	0,43	0,42	0,45
Percibir barreras actitudinales							0,21	0,00	1,23	1,20	1,27	
Estrato								0,00				
Medio							-	0,59	0,00	0,56	0,46	0,67
Bajo							-	0,88	0,00	0,41	0,34	0,50
Mujer							0,08	0,00	1,08	1,05	1,11	

Anexo 10. Medidas de asociación – Participación en actividades laborales en personas con discapacidad. Antioquia 2002 hasta 2020.

Variable	Prueba de Omnibus	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke	Hosmer y Lemeshow	Porcentaje global de clasificación	B	P	OR	IC 95%	
										Li	Ls
Edad	0,00	79167,314a	0,04	0,08	0,06	88,67		0,00			
60+							0,86	0,00	2,37	2,21	2,54
30-59							0,86	0,00	2,36	2,27	2,46
Percibir barreras físicas							0,62	0,00	1,85	1,78	1,92
Presentar dos o más dificultades							0,33	0,00	1,39	1,33	1,46
Sin ingreso económico							0,50	0,00	1,66	1,59	1,72
Presentar dos o más alteraciones							0,17	0,00	1,18	1,12	1,25
Percibir barreras actitudinales							0,24	0,00	1,27	1,21	1,32
Estrato								0,00			
Bajo							0,39	0,00	1,48	1,24	1,75
Medio							0,28	0,00	1,32	1,11	1,57
Nivel académico								0,00			
Ninguno							0,49	0,00	1,63	1,51	1,76
Básico							0,35	0,00	1,42	1,33	1,52