



LA DISCAPACIDAD EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA: LINEAMIENTOS, EPIDEMIOLOGÍA E IMPACTO ECONÓMICO



LA DISCAPACIDAD EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA: LINEAMIENTOS, EPIDEMIOLOGÍA E IMPACTO ECONÓMICO



Fundación Saldarriaga Concha

Soraya Montoya
Directora Ejecutiva

Carolina Cuevas
Gerente de Inversión Social



Roberto Esguerra
Director General Fundación Santa Fe de Bogotá

Gabriel Carrasquilla Gutiérrez
Director del Centro de Estudios e Investigación en Salud CEIS

Autores:

Gabriel Carrasquilla Gutiérrez - Director del Centro de Estudios e Investigación en Salud CEIS

Sandra Martínez Cabezas - Investigadora CEIS

María Luisa Latorre Castro - Investigadora CEIS

Solangel García - Consultora Fundación Santa Fe de Bogotá

Carlos Rincón - Consultor Fundación Santa Fe de Bogotá

Catalina Olaya Pardo - Investigadora CEIS

Rodrigo Castro Rebolledo - Médico Fisiatra Fundación Santa Fe de Bogotá

Augusto Peñaranda San Juan - Otorrinolaringólogo Fundación Santa Fe de Bogotá

Jaime Pedraza Yepes - Ortopedista Fundación Santa Fe de Bogotá

Ángela Gómez Mazuera - Neuróloga Fundación Santa Fe de Bogotá

María Leonor Aparicio - Fonoaudióloga Fundación Santa Fe de Bogotá

ISBN: 978-958-98911-1-7

Diseño y diagramación
Adela Martínez Camacho
EC SANFRANCISCO

Bogotá, D.C., diciembre de 2009

Esta publicación es totalmente gratuita. Prohibida su venta. Se permite la copia y distribución de este documento siempre y cuando se practique la respectiva cita y sin realizar modificación alguna sobre su texto.



CONTENIDO

Presentación	7
Introducción	9
I Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad	11
II Epidemiología descriptiva de la discapacidad a nivel nacional	51
III Impacto de la inclusión de ayudas técnicas en el valor de la UPC	113

PRESENTACIÓN

El 13 de Diciembre de 2006, la Organización de Naciones Unidas -ONU- aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la cual se constituye en un instrumento fundamental para asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de los derechos humanos y la inclusión social de todas las personas con discapacidad.

Dicha Convención, que se encuentra en proceso de ratificación en Colombia, supone, entre otras cosas, que nuestro país ajuste sus políticas públicas para garantizar una atención y una respuesta adecuadas a las necesidades de las personas con discapacidad, así como el desarrollo e implementación de ayudas técnicas, servicios de diversa índole, dispositivos de asistencia y herramientas ajustadas que favorezcan su autonomía e inclusión.

Por ello, como un aporte en la generación de conocimiento alrededor de este tema y con el ánimo de apoyar al sector salud en su labor de atención a la población con discapacidad, la **Fundación Saldarriaga Concha** llevó a cabo una alianza con el Centro de Estudios e Investigación en Salud – CEIS – entidad que a través de un equipo interdisciplinario altamente calificado, recopiló y analizó estudios previos sobre discapacidad realizados en el país, así como otras fuentes de información secundaria que dieron origen a esta publicación.

En este documento se hace un recuento de la atención integral en salud para las personas con discapacidad y sus familias, entre otros aspectos, y se brindan unas bases generales de información sobre las necesidades técnicas más apropiadas a incluir en su proceso de rehabilitación, las cuales esperamos sirvan de referencia para quienes trabajan por el bienestar de esta población en Colombia.

Aprovecho la oportunidad para agradecer al Ministerio de la Protección Social, que a través de la Dirección de Promoción Social se ha comprometido en adelantar un trabajo constante en favor de las personas con discapacidad y que nos brindó aportes valiosos en el diseño y realización de este estudio, y a la Dirección de Gestión de la Demanda en Salud, que nos asesoró en el manejo de información de bases de datos. De igual forma, agradecemos a todas aquellas instituciones que nos colaboraron con la entrega de información como el Departamento Nacional de Estadísticas – DANE y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.


Soraya Montoya González
Directora Ejecutiva
Fundación Saldarriaga Concha



INTRODUCCIÓN

Hablar de discapacidad implica reconocer la diversidad de las capacidades y habilidades de las personas en sus actividades de la vida diaria y su interacción con el entorno, debidas a un proceso de salud.

La discapacidad, como proceso o hecho social, aparece en la agenda política del país a finales de los años noventa, cuando se determinan normas y políticas acordes con los postulados internacionales, que promueven el reconocimiento de los derechos y la inclusión de las personas con discapacidad.

La inclusión significa la plena participación en todos los espacios de la vida social (salud, educación, recreación, espacios públicos, vivienda, etc.). El plan nacional de discapacidad 2007-2010 propone transformar los imaginarios en torno a la discapacidad, consolidar el proceso de construcción de política pública en discapacidad, institucionalizar el plan en las entidades nacionales y territoriales, priorizar la(s) acción(es) y lograr que las personas con discapacidad ejerzan plenamente su derecho a la educación y al desarrollo de competencias, con énfasis en niños y niñas.

Entendiendo la discapacidad como un asunto social, el sector salud tiene la responsabilidad de aportar elementos que faciliten o mejoren la respuesta adecuada y oportuna, como un primer paso en el proceso de inclusión, a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación que incluyan a otros sectores, que aporten y fortalezcan el imaginario alrededor de la discapacidad, con base en las capacidades y habilidades.

Las personas con discapacidad y sus familias reclaman procesos con calidad, calidez e integrales, que tengan como centro sus necesidades (SDS & Peidy, 2007); el 5% de las personas que requieren de un proceso de rehabilitación la reciben (Rehabilitación internacional, 2004, citado por la Secretaría Distrital de Salud); el 53% de los tipos de rehabilitación ordenados son medicamentos (Dane, 2007); existe la creencia de que la rehabilitación es un proceso costoso para el asegurador; las ayudas técnicas no hacen parte de los planes de beneficio; existen barreras de acceso y de accesibilidad a los servicios de rehabilitación (Dane, 2007); la discapacidad no se desarrolla dentro del plan nacional de salud pública, éstas son algunas de

las consideraciones que debe tener en cuenta el sector salud en su responsabilidad con la inclusión de las personas con discapacidad.

Este documento pretende ser una orientación para las acciones del sector salud, dentro de la política de atención a la población con discapacidad en el país. Por ello, en su organización encontrará un referente normativo internacional y nacional, la definición de discapacidad y las orientaciones para la acción, donde se incluyen los lineamientos generales relacionados con la tecnología de asistencia.



I. LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ANTECEDENTES

APORTES INICIALES AL RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

A través del tiempo se proponen acciones estatales tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población en general, y a su vez se plantean alternativas que ofrecen mejores condiciones a la población con limitaciones; tal es el caso de Japón, que en 1922 determina políticas de bienestar social y salud, y la ley de seguridad social, que en 1935 expide el gobierno norteamericano.

Después de la Segunda Guerra Mundial se formulan declaraciones en las que se adoptan reformas y directrices para la investigación y se determinan criterios tendientes a proteger a las personas objeto de experimentación o investigación a través de juntas de revisión, las cuales definen criterios para proteger los derechos de las personas, que a su vez fueron retomados para la definición de normas en los países. (Ver tabla 1).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone declaraciones que pretenden comprometer a los gobiernos con la adecuación y adaptación de diferentes espacios sociales, las condiciones de infraestructura en los distintos ámbitos y actividades de la vida cotidiana, con el fin de promover la inclusión social de las personas con discapacidades e insta a los gobiernos a mejorar las condiciones de salud y rehabilitación que permitan la readaptación social, psicológica, social, cultural y educativa. (Ver tabla 2).

Tabla 1. Acuerdos internacionales en discapacidad

AÑO	NORMA	DESCRIPCIÓN
1922	Sistema de Seguridad Social de Japón.	Entre los ejemplos de políticas de bienestar social y políticas de seguridad.
1935	La Ley de la Seguridad Social de 1935.	(Social Security Act 1935) de Estados Unidos (Miyatake, 2000).
1947	Código de Nuremberg de 1947.	Después de la Segunda Guerra Mundial, la comunidad internacional adoptó reformas y directrices para la investigación.
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos.	Al poco tiempo de aprobarse estos instrumentos internacionales, los países comenzaron a adoptar políticas como la obligación de establecer Juntas de Revisión para proteger los derechos de las personas en quienes se está investigando.
1964	Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial de 1964 (World Medical Association).	Asociación Médica Mundial de 1964 (World Medical Association). Al poco tiempo de aprobarse estos instrumentos internacionales, los países comenzaron a adoptar políticas como la obligación de establecer Juntas de Revisión para proteger los derechos de las personas en quienes se está investigando.
1990	Ley de Estadounidenses con Discapacidad (Americans with Disabilities Act 1990).	Esta norma es propuesta para una Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities) y la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (World Summit on Information Society).

Tabla 2. Normas y declaraciones de la Organización Mundial de la Salud

AÑO	NORMA	DESCRIPCIÓN DEL TEMA
1950	Resolución 309 E (XI) de 13 del julio de 1950	“Rehabilitación social de las personas físicamente impedidas”,
1965	Resolución 1086 K (XXXIX)	Titulada “Readaptación de los Inválidos”,
1971	Resolución 2856 (XXVI) de la Asamblea General, de 20 de diciembre	“Declaración de los Derechos del Retrasado Mental”
16 de Diciembre de 1976	Resolución de la Asamblea General 31/123 del 16 de diciembre de 1976 que declara a 1981 Año Internacional del Impedido y propone:	Ayudar a los impedidos a su adaptación física y sicológica a la sociedad.
		Prestar asistencia, atención, capacitación y orientación apropiadas, así como a poner a su disposición oportunidades de trabajo adecuado y asegurar su integración plena en la sociedad
		Estimular los proyectos de estudio e investigación destinados a facilitar la participación practica de los impedidos en la vida cotidiana.
		Educar e informar al público sobre el derecho de los impedidos a participar en los diversos aspectos de la vida
1977	Resolución aprobada en la séptima sesión plenaria, celebrada el 5 de junio, proyecto de convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación por razones de discapacidad	Reiterar el firme y decidido compromiso con las personas con discapacidad, reconocer la importancia de los avances alcanzados hasta la fecha para la elaboración del proyecto de Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación por Razones de Discapacidad.

AÑO	NORMA	DESCRIPCIÓN
1980	La OMS, trata el tema por primera vez al promulgar el documento de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, (CIDDM), creando un marco conceptual que describa a la salud y los estados relacionados con ella.	El concepto de discapacidad se relacionaba con las consecuencias o daños causados por las enfermedades ocurridas a lo largo de la vida de cada individuo. Los términos minusvalía y deficiencia no estaban asociados con el concepto de discapacidad.
1993	Resolución Aprobada por la Asamblea General, Naciones Unidas. Cuadragésimo octavo periodo de sesiones, de 20 de diciembre.	Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.
2001	La IV Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación, con el título Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la Resolución WHA54.21 del 22 de mayo.	Se identifica una aproximación al componente de la «familia» de clasificaciones internacionales (CIE), contribuyendo a conocer cual es el estado de salud de la población así como las contribuciones que hacen las diferentes causas de morbi – mortalidad, así como las consecuencias de la salud (aportadas por CIF) a la mismas.

En 1980 se empieza a hablar de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías, y se incluyen por primera vez los conceptos de deficiencias y minusvalía, y en 1993 se promulgan las normas uniformes que deben ser adoptadas por las naciones, cuyo principal énfasis es sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

Así mismo, se cuenta con declaraciones y normas que permean el desarrollo de las normas y las orientaciones nacionales, como son: la Declaración de Caracas (OPS/OMS), la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental, la Declaración de los derechos de las personas con retraso mental, la Declaración de los derechos de los impedidos, la definición del 2004 como el año de las personas con discapacidad en Latinoamérica, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad, y la definición del decenio de las personas con discapacidad en Iberoamérica (2005-2014).

En Colombia se identifican alternativas de intervenciones que cobran fuerza a partir de 1985, cuando se definen normas que tienden a mejorar la infraestructura urbana, de tal forma que permita el acceso y la movilidad de las personas con capacidades disminuidas, bien sea por condiciones de discapacidad, edad o enfermedad; se definen mecanismos de inspección que velen por el cumplimiento y se determinan plazos en caso de incumplimiento (ver tabla 3).

Tabla 3. Primeras normas en Colombia

NORMA	TEMA	DESCRIPCIÓN
DECRETO No. 0404 DE 1985	Normas urbanísticas, arquitectónicas y de construcción.	Los lugares de los edificios públicos y privados que permiten el acceso al público en general, deberán diseñarse y construirse de manera tal que faciliten el ingreso y tránsito de personas cuya capacidad motora o de orientación esté disminuida por la edad, la incapacidad o la enfermedad.
RESOLUCIÓN No. 14861 DEL 4 DE OCTUBRE DE 1985	Normas para la protección, seguridad, salud y bienestar	“A partir de la vigencia de la presente resolución, la autoridad sanitaria queda facultada para efectuar visitas de inspección a los ambientes (...) De obras pendientes a facilitar y adecuar los accesos, componentes de las edificaciones y del ambiente exterior; áreas de circulación y colocación de elementos y componentes para uso por parte de la población en general”.
LEY 12 DE 1987	Del objeto de vigilancia y control	Los lugares de los edificios públicos y privados que permiten el acceso al público en general, deberán diseñarse y construirse de manera tal que faciliten el ingreso y tránsito de personas cuya capacidad motora o de orientación esté disminuida por la edad, la incapacidad o la enfermedad.

La Ley 361 de 1993 se reconoce como la ley de la promoción de la integración social de las personas con discapacidad y en 1996 se definen políticas de integración de las personas con limitaciones auditivas, con lo cual se ratifica la interpretación de la lengua de señas.

En el 2001 se definen los mecanismos de accesibilidad e integración en salud a las personas con discapacidad y se destina el 4% de las transferencias del sector salud para la vinculación al régimen subsidiado de los discapacitados, los limitados visuales y la salud mental (Ley 643 de 2001).

Tabla 4. Normatividad relacionada con discapacidad en Colombia

NORMA	TEMA	DESCRIPCIÓN
DECRETO No. 2381 DE 1993	Día Internacional de las Personas con Discapacidad.	Declárase como Día Nacional de las Personas con Discapacidad el 3 de Diciembre de cada año.
LEY No. 115 DE 1994	Por el cual se reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales.	Nadie podrá ser discriminado por razón de su limitación, para acceder al servicio de educación ya sea en una entidad pública o privada y para cualquier nivel de formación.
DECRETO 2082 DE 1996	Reglamentario de la Ley 115.	La educación de las personas con limitaciones ya sea de orden físico, sensorial psíquico, cognoscitivo o emocional y para las personas con capacidades o talentos excepcionales, hace parte del servicio público educativo y se atenderá de acuerdo con la Ley 115 de 1994.
LEY No. 324 11 DE OCTUBRE DE 1996	Ley de protección a la población con limitaciones auditivas.	Protección a la población con limitaciones auditivas.
LEY No. 361 DE 7 DE FEBRERO DE 1997	Mecanismos de integración social.	Determina que las emisiones televisivas de interés cultural e informativo en el territorio nacional, deberán disponer de servicios de intérpretes o letras que reproduzcan el mensaje para personas con limitación auditiva.
ACUERDO No. 038 DE JUNIO 30 DE 1998	Por el cual se crean mecanismos para garantizar el acceso al servicio público de televisión por parte de las personas con limitaciones auditivas.	Garantizar el acceso de las personas limitadas auditivamente al servicio público de televisión, y se aplicará a los operadores públicos y privados.

NORMA	TEMA	DESCRIPCIÓN
RESOLUCIÓN 001080 DE AGOSTO 5 DE 2002	Por la cual se fijan los criterios aplicables a la programación de televisión para la población sorda. En desarrollo de lo previsto en los artículos 66 y 67 de la Ley 361 de 1997.	Fijar los criterios para establecer qué programas de televisión están obligados a disponer de cualquiera de los sistemas de acceso a la información establecidos para la comunidad con limitación auditiva, que son: servicio de interpretación de lengua de señas.
LEY No. 789 DE 2002	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del código sustantivo de trabajo.	Artículo 3.- Régimen del subsidio familiar en dinero. Los padres, los hermanos huérfanos de padres y los hijos, que sean inválidos o de capacidad física disminuida que les impida trabajar, causarán doble cuota de subsidio familiar, sin limitación en razón de su edad.
LEY 762 DE JULIO 31 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”.	El objeto es fijar la normatividad general que garantice gradualmente la accesibilidad a los modos de transporte y la movilización en ellos de la población en general y en especial de todas aquellas personas con discapacidad.
DECRETO No. 1660 DE 2003 DE JUNIO 16	Accesibilidad a los modos de transporte.	

En general, el país cuenta con normas para la promoción del empleo y la protección social de las personas con discapacidad (Ley 798), la adecuación de medios de transporte tendientes a facilitar la accesibilidad y la movilización, la adecuación de vías públicas y mobiliario urbano (Decreto 1538 de 2005) (ver tabla 4).



CONCEPTOS GENERALES DE DISCAPACIDAD

Para hablar de discapacidad es necesario revisar conceptualmente las posturas bajo las cuales se entiende el concepto, y de ello depende la forma como se organiza la respuesta.

Este capítulo pretende dar elementos de juicio para la comprensión de la discapacidad desde las perspectivas, los modelos y las tendencias. Finalmente, y entendiendo que se busca dar las orientaciones generales para el sector salud, se asumirá la propuesta de comprensión de la discapacidad desde la clasificación del funcionamiento, la discapacidad y la salud (Clasificación Internacional de Funcionamiento -CIF, 2001).

1. CONCEPTOS Y PERSPECTIVAS DE DISCAPACIDAD

Hablar de discapacidad implica revisar diferentes propuestas que aportan a su comprensión, las cuales tienen como soporte los aportes de Turnbull & Matthew (2001) y de Barton (2001), donde se identifican perspectivas políticas, éticas, antropológicas, filosóficas y tecnológicas.

En este contexto, la discapacidad se asocia con una condición que genera discriminación, con el valor de la vida de las personas, con la construcción social o con un asunto relacionado con las capacidades y habilidades, lo que traduce la discapacidad en un asunto complejo (García, S., 2007).

En este orden de ideas, tratándose de los lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad, es necesario acogerse a la definición propuesta por la OMS en la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF, 2001).

En este texto, la discapacidad se entiende como la limitación en la ejecución de las actividades de la vida diaria, debida a un proceso de salud-enfermedad. En términos de la CIF, 2001, la limitación en la capacidad de ejecución y/o la restricción en la participación de las actividades de la vida diaria.

En este sentido, los procesos salud-enfermedad son los que se refieren a las deficiencias y tienen que ver con la estructura o la función corporal (ver tabla 5). Las deficiencias están clasificadas por la CIE, 10 (clasificación internacional de las enfermedades en la versión diez). Entonces, los orígenes de la discapacidad tienen que ver con las dificultades presentadas a nivel de las estructuras y funciones corporales. Por ello, la atención oportuna y adecuada de las deficiencias es un factor preponderante en la disminución o no presencia de una discapacidad.

Tabla 5. Estructura y función corporal definidas por la CIF

ESTRUCTURAS	FUNCIONES
Estructura del sistema nervioso	Funciones mentales
El ojo, el oído y estructuras relacionadas	Funciones sensoriales y dolor
Estructuras relacionadas con la voz y el habla	Funciones de la voz y el habla
Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, endocrinológico y metabólico	Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino
Estructuras relacionadas con los sistemas urogenital y reproductivo	Funciones genitourinarias y reproductoras
Estructuras relacionadas con el movimiento	Funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento
Piel y estructuras relacionadas	Funciones de la piel y estructuras relacionadas

A su vez, las limitaciones se manifiestan en las actividades de la vida diaria, las cuales se agrupan de la siguiente manera:

1. Aprendizaje y la aplicación del conocimiento
2. Tareas y demandas generales
3. Comunicación
4. Movilidad
5. Cuidado personal
6. Vida doméstica
7. Interacciones y relaciones interpersonales
8. Áreas principales de la vida (educación, empleo y economía)
9. Vida comunitaria, social y cívica

Las limitaciones pueden estar relacionadas con la capacidad de las personas para ejecutar una actividad o con la posibilidad de participación en la ejecución de esta actividad; esta es la condición que marca el grado de severidad de la discapacidad (tabla 6). En este sentido, la posibilidad de participación está dada por los apoyos que ofrezca el entorno para su desarrollo.

Tabla 6. Grados de discapacidad, según capacidad de ejecución y posibilidad de participación

GRADO DE DISCAPACIDAD	ACTIVIDAD	PARTICIPACIÓN
Severo	Ninguna o mínima capacidad de ejecución de actividades de la vida diaria (AVD). Totalmente dependiente, requiere siempre de apoyos.	No cuenta con facilitadores para AVD.
Moderado	Algunas capacidades de ejecución de AVD. Semidependiente, requiere algunos apoyos.	Cuenta algunas veces con facilitadores para AVD.
Leve	Capacidad de ejecución de la mayoría de las AVD. Ocasionalmente requiere apoyos.	Cuenta con facilitadores para AVD.

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de política de habilitación y rehabilitación integral. Bogotá, 2004.

2. LA ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA HACIA LA DISCAPACIDAD

De otra parte, para dar respuesta a la situación de la personas con discapacidad, se generan diferentes modelos de intervención. Éstos responden a comportamientos y prácticas relacionadas con la historia de los territorios donde se desarrollan y de las respuestas sociales en diferentes lugares. Sin embargo, se pueden sintetizar como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Modelos para abordar el tema de la discapacidad y orientaciones de las respuestas de los servicios de rehabilitación

MODELO	CONCEPTO DE DISCAPACIDAD	ORIENTACIÓN DE LA RESPUESTA	PAPEL DE ACTORES
Tradicional y/o cultural	Las personas con discapacidad no son valoradas, sino que se perciben como demoníacas, desafortunadas y/o proscritas.	A través de la historia, la humanidad ha tomado diferentes caminos para dar respuesta a la situación de la discapacidad. En ocasiones se mataba a las personas, por ser una carga para la sociedad, y en otras se utilizaron como insumo para experimentos.	Las personas con discapacidad son una carga para la sociedad.
Médico	Se basa en las opiniones y prácticas científicas, típicamente en la base del conocimiento médico y de la salud. Aquí, en el modelo médico, el llamado “problema” se ubica en el cuerpo del individuo con discapacidad.	El contexto del modelo médico es la clínica o la institución.	Las personas con discapacidad adoptan el papel de pacientes. La autoridad la tienen las y los profesionales.

MODELO	CONCEPTO DE DISCAPACIDAD	ORIENTACIÓN DE LA RESPUESTA	PAPEL DE ACTORES
El modelo biopsicosocial	Ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no exclusivamente como una característica de la persona.	La expresión y la participación plena en todos los contextos ambientales capaces de influir positiva o negativamente sobre la persona con discapacidad; por lo tanto, su manejo requiere de la participación de otros.	El ser humano es el eje central, y que toma los elementos biológicos, psicológicos y las condiciones sociales.
El modelo ecológico	La discapacidad es resultado de la relación de las personas con el entorno.	Las respuestas se orientan hacia los entornos, es decir, en los ámbitos: con la familia, la comunidad, la sociedad, y tienen que ver con el manejo de los imaginarios, la accesibilidad y el acceso.	Los contextos y los entornos son los centros de la acción para actuar sobre las limitaciones y restricciones de las personas con discapacidad.

Fuente: García, S. & Rincón, C., 2007.

Estas respuestas que marcan los modelos se combinan con las tendencias propuestas por Selman en el 2002, que a su vez tienen relación con diferentes intereses (tabla 8).

Tabla 8. Tendencias de las respuestas a la discapacidad

TENDENCIAS	CARACTERÍSTICAS
Del conflicto de intereses	Conflicto entre las y los profesionales de la salud, que se identifican con el modelo médico, y las personas con discapacidad, que se identifican con el modelo social. A lo largo del mundo, las personas con discapacidad que han formado el Movimiento de la Discapacidad critican al modelo médico de la discapacidad y demandan más participación al tomar las decisiones (Basnett, 2001).
De la tecnología	Las políticas, las prácticas y las investigaciones en diseño universal son ejemplos de esta tendencia, en la cual los derechos humanos y la tecnología se asocian con las demandas para lograr que los sistemas y los productos, como los sistemas de comunicación, los de transporte y la telefonía, sean accesibles.
La investigación en la rehabilitación	Para justificar el pago, las y los investigadores del campo de la rehabilitación son llamados para que muestren evidencia de resultados, eficacia y efectividad de la tecnología de asistencia personal (Fuhrer, 2001).
Lucha de las y los administradores	Lucha de las y los administradores de programas de bienestar social, por hacer que los programas de beneficios sigan siendo solventes, al mismo tiempo que les sirvan a crecientes números de personas con discapacidad, especialmente la gente mayor. Los países están adoptando una mezcla de políticas de bienestar social, derechos civiles y otros elementos, para incluir los temas de la discapacidad (Van Oorscot y Hvinden, 2001; Zeitzer, 2002).
Combatir la pobreza	Se considera que la pobreza es una barrera para los programas en discapacidad de los países en desarrollo, que es donde viven la mayoría de las personas con discapacidad.

Fuente: Adaptado de Selman, 2002.

La tendencia de las respuestas, y acorde con los lineamientos y convenciones nacionales e internacionales suscritos por el país, se orienta, de una parte, hacia propuestas que a su vez traten el tema de la pobreza, y en especial lo relacionado con la inclusión de la población con discapacidad a sus entornos naturales.



ATENCIÓN A LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD, DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO

1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En 1990, la Ley 10 del 10 de enero, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, abrió el camino al Sistema de Seguridad Social en Salud, al presentar el régimen de competencias y recursos y se asignaron responsabilidades a los diferentes niveles de la Administración Pública, dejando otras al sector privado.

La Constitución Política de 1991, la Ley 60 de 1993 (competencias y recursos) y la Ley 100 de 1993 (Sistema de Seguridad Social Integral) se constituyen en la reforma que da un cambio fundamental al Sistema de Salud en Colombia.

En este contexto, la Seguridad Social Integral se refiere al conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Ley 100 de 1993).

El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

Para la atención en salud, el sistema prevé:

- Un asegurador, llamado Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPS), que tiene a cargo el aseguramiento en salud de las familias; éste puede ser contributivo, para quienes pagan directamente o a través de sus empleos, o subsidiado, para aquellos que reciben los servicios de salud por cuenta del Estado. Existe otra población, que no se encuentra en ninguna de estas dos categorías, y hace referencia a la población vinculada, que recibe los servicios directamente del ente territorial.

Las EPS ofrecen a los afiliados y beneficiarios distintas alternativas de prestadores de servicios, para permitir la libre escogencia.

- Un prestador de los servicios, que se refiere a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que pueden ser públicas y privadas. Las IPS son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud, y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios a través de las EPS.
- La dirección del sistema se encuentra a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), liderado por el Ministerio de Salud, bajo cuya responsabilidad se encuentra la de ser Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y la regulación de los aspectos relativos a los planes de beneficio, unidades de pago por capitación y demás normas que se requieran para el adecuado funcionamiento del sistema.
- El SGSSS contempla los siguientes planes de beneficio:
 - Plan de Atención Básica (PAB). A partir del 2007, en virtud de la Ley 1122 del mismo año, se construirá cada cuatrienio un plan nacional de salud pública, que reemplazará el PAB.
 - Plan Obligatorio de Salud (POS)
 - Planes complementarios
 - Accidentes de trabajo y enfermedad profesional
 - Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

2. ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DENTRO DEL SGSSS

Dentro del contexto del presente documento, se hará un recuento de la atención integral en salud para las personas con discapacidad y sus familias, dentro de los diferentes planes de beneficio. Es claro que se trata de una descripción general, pues la normatividad en este tema siempre se encuentra en actualización.

Los planes de beneficio y la discapacidad

El Gobierno Nacional orienta los esfuerzos a prevenir las principales causas de discapacidad en la población colombiana, con acciones tendientes a disminuir la violencia y promover la resolución pacífica de conflictos; reducir los accidentes de tránsito; evitar o detectar tempranamente la presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles en el embarazo, en el recién nacido y en los menores de cinco años, con estrategias como: vacunación, control prenatal, control de desarrollo y crecimiento, tamizajes para la detección de hipotiroidismo, alteraciones visuales, auditivas y nutricionales (Resolución 412 de 2000: guías y normas revisadas y actualizadas en el 2007).

Las acciones correspondientes se realizan a través de las entidades territoriales, en respuesta a lo estipulado en el Plan Nacional de Salud Pública y a los contenidos de los planes de beneficios de los sistemas generales de seguridad social en salud (POS y POS S) y riesgos profesionales.

- **Plan Nacional de Salud Pública**

El Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007-2010 propone una articulación de enfoques para reducir la carga de la enfermedad en Colombia y, por ende, la correspondiente a discapacidad, así como mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población colombiana.

Estos enfoques son: el enfoque poblacional, intervenciones en salud simples o combinadas, dirigidas a la población en general, que buscan modificar los riesgos en cada uno de los momentos del ciclo vital; el enfoque de determinantes, para intervenir los factores de riesgo ambiental, del comportamiento humano, de la herencia y de la respuesta de los servicios de salud, que sean modificables, y el enfoque de gestión social del riesgo, que busca disminuir riesgos en poblaciones específicas.

Para disminuir la incidencia de discapacidad en Colombia, planteada en el objetivo seis, disminuir las enfermedades no transmisibles y discapacidades, el PNSP propone tres líneas de política: promoción de la salud y calidad de vida; prevención de los riesgos, y recuperación y superación de los daños en la salud. De igual forma, promueve para este fin la importancia de la vigilancia en salud, la investigación, la actualización del talento humano.

En este contexto, las propuestas de discapacidad, desde el plan de salud pública, deben orientarse a la prevención de la discapacidad y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, tanto en el plan territorial de salud pública como en el plan de acciones colectivas.

La prevención de la discapacidad implica definir acciones que pretenden identificar, controlar, reducir o eliminar los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, tanto en el plano individual como en el colectivo, que se constituyen en potenciales causas de discapacidad.

- Desde la prevención primaria, los esfuerzos se deben orientar a atender las principales causas u orígenes; ellos tienen como fin evitar que la discapacidad se presente y se relacionan con procesos como:
 - Plan Ampliado de Inmunizaciones
 - Prevención de lesiones por causa externa (como quemaduras por pólvora y accidentes de tránsito).
 - Inmunización contra gripe en poblaciones de riesgo: personas mayores de 60 años y trabajadores de la salud.
- En la prevención secundaria se pretende identificar tempranamente los riesgos de una situación discapacitante. Entre las estrategias propuestas para este tipo de prevención se pueden citar:
 - Tamizaje visual, auditivo, oral y nutricional en población infantil
 - Control prenatal
 - Control de desarrollo y crecimiento
 - Detección de condiciones genéticas o congénitas
 - Tamizaje para detección de población con hipertensión arterial o diabetes, entre otras
- La prevención terciaria busca maximizar la función y minimizar los efectos de detrimento de la enfermedad o daño; por ello, es indispensable:
 - Adecuación del entorno para lograr mayor autonomía y disminuir los riesgos de lesión.
 - Atención oportuna y adecuada por parte de los procesos de habilitación/rehabilitación incluidos en el POS.
 - Programas dirigidos a promover la autonomía funcional y social de personas con hipertensión arterial, diabetes, artritis y otras enfermedades musculoesqueléticas, principales causas de la discapacidad en Colombia.

- **Plan Obligatorio de Salud**

El “Plan Obligatorio de Salud (POS) es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Régimen Contributivo, cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud a todos sus afiliados” (Acuerdo 008 de 1994).

Este plan permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad.

Los planes de beneficios tendrán cobertura familiar. Y serán beneficiarios del sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado, cuya unión sea superior a dos años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de este; *los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente* o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.

La prestación de servicios dentro del POS se hace según lo dispuesto en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos (Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994) y en los acuerdos aclaratorios para tal fin.

Las acciones, actividades y procedimientos dirigidos a la atención de la discapacidad están a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, para los afiliados al régimen contributivo y subsidiado, según sea el caso. Para la población de participantes vinculados, estarán a cargo de las secretarías de salud territoriales.

Según el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994, las actividades para la atención a la discapacidad y la rehabilitación contempladas dentro del POS, se encuentran definidas según niveles de complejidad, así como el tipo de intervención. Se presentan enlistados los procedimientos diagnósticos y terapéuticos pertenecientes a los diferentes niveles de complejidad. También se establecen actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación, como: electromiografía, neuroconducción, neuroconducción comparativa, test de Lambert, reflejo trigémino facial, reflejo h.f. palpebral, potenciales evocados (visual, auditivo o somatosensorial), test de fibra única, bio-feed-back, estimulación eléctrica transcutánea, fenolizaciones o neurolisis de punto motor o nervio periférico, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia para rehabilitación cardíaca, estimulación temprana; terapia respiratoria: higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios), inhaloterapia, sesión (nebulizador ultrasónico o presión positiva intermitente), test con tensilón, electromiografía laríngea, cita control con terapia.

En el artículo 12 del mismo manual, bajo el título “*utilización de prótesis, órtesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para algunas funciones biológicas*”, se definen como elementos de este tipo aquellos cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física de la persona.

Cuando la persona requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios, se darán en calidad de préstamo, con el compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal; en caso contrario, deberán restituirlos en dinero por su valor comercial.

El párrafo de este mismo artículo dice: *“se suministran prótesis, órtesis y otros: marcapasos, prótesis valvulares y articulares y material de osteosíntesis, siendo excluidas todas las demás. En aparatos ortopédicos se suministrarán muletas y estructuras de soporte para caminar, siendo excluidos los zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas, medias con gradiente de presión o de descanso, corsés, fajas y todos los que no estén expresamente autorizados”*.

Con todo ello, queda claro que las acciones para promover la capacidad y habilidad de las personas y grupos familiares, quienes se encuentren afectados, hacen parte del POS.

- **Sistema General de Riesgos Profesionales**

Este sistema se define como: “El conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan” (Decreto Ley 1295 del 22 de junio de 1994).

Los trabajadores que sufran un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tienen derecho a un paquete de prestaciones de salud por parte de la ARP, que incluyen:

1. Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
2. Servicios de hospitalización.
3. Servicio odontológico.
4. Suministro de medicamentos.
5. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
6. Prótesis, órtesis, su reparación y su reposición sólo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de la rehabilitación se recomiende.
7. Rehabilitación física y profesional.
8. Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

Estas acciones se encuentran a cargo de la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), para su población afiliada. Estos servicios los puede prestar directamente o a través de la EPS.

- ***Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito***

Se incluye la atención en los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos; los afiliados al SGSSS tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente, y por muerte, gastos funerarios y de transporte al centro asistencial.

De conformidad con el Decreto 3990 de octubre de 2007, por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas; las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (Soat), y se dictan otras disposiciones; en él, además, en el capítulo IV, se hace explícito el tema del suministro de prótesis para los casos objeto de esta norma.

- ***Planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud***

Son financiados en su totalidad por el afiliado, con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias.



LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

PROPÓSITO

Contribuir a la promoción de la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.

OBJETIVOS GENERALES

- Promoción de los derechos de las personas con discapacidad.
- Prevención de la discapacidad.
- Promoción y restitución de habilidades y capacidades para la autonomía funcional y social de las personas con discapacidades permanentes o temporales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

<p>Promoción de los derechos de las personas con discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión de los derechos de las personas con discapacidad. • Promoción de las organizaciones de personas con discapacidad. • Formación de líderes para la promoción de los derechos. • Difusión e implementación de la convención por los derechos de las personas con discapacidad.
<p>Prevención de la discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lo relacionado con los procesos de gestación y el primer año de vida. En especial con enfermedades congénitas y genéticas, y con la atención del parto. • Lo relacionado con la atención oportuna de enfermedades crónicas y transmisibles. • Lo relacionado con la prevención de accidentes. • Otros.
<p>Promoción y restitución de habilidades y capacidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de habilidades y capacidades. • Restitución de habilidades y capacidades. • Apoyo emocional y en salud mental. • Apoyo, participación y consolidación de redes de apoyo.

LAS ACCIONES

Se deben orientar desde el desarrollo de propuestas en rehabilitación basada en comunidad y en rehabilitación funcional o institucional, acorde con las definiciones del SGSSS.

La *Rehabilitación Basada en Comunidad* se define como “estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad” (posición conjunta, 2004).

Este proceso contempla la participación, consolidación e implementación de la política de discapacidad, a través de la consolidación de los consejos o comités departamentales o distritales de discapacidad y la formación de agentes líderes o agentes de cambio y facilitadores. Para ello es necesario apoyarse en propuestas como “Pa´to´ el mundo” y/o las propuestas de la OMS.

Dentro de la propuesta “Pa´to´ el mundo” (2005) se proponen los siguientes pasos:

1. Comprender conceptos clave.
2. Conformar el equipo gestor local de la discapacidad.

3. Conectarse con el Gobierno Municipal.
4. Identificar una red social de apoyo a la discapacidad.
5. Conocer la magnitud de la situación.
6. Construir un plan de acción.

La estrategia de *Rehabilitación Basada en Comunidad* contempla el siguiente proceso metodológico:

1. Identificación conjunta, entre los facilitadores y la población, de las necesidades de la comunidad.
2. Construcción colectiva de respuestas a las necesidades:
 - a. Formación de agentes de cambio y facilitadores.
 - b. Fortalecimiento del comité departamental, distrital o municipal de discapacidad.
 - c. Otras alternativas.
3. Evaluación y sistematización del proceso.

La *Rehabilitación Funcional* se define como “combinación de procesos interdisciplinarios, con el fin de mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria. Comprende el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a promover, restaurar o restituir la autonomía funcional de las personas y sus grupos familiares, acordes con sus condiciones de edad, de género, etnia, clase social” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2007).

La *Rehabilitación Funcional* incluye la evaluación de las condiciones personales y familiares, la intervención para dar respuestas a las necesidades identificadas en la evaluación y los procesos de evaluación intermedia o final.

Los procesos de rehabilitación incluyen la atención oportuna de la deficiencia (es decir, de la enfermedad CIE, 10) y la rehabilitación adecuada de la limitación (CIF, 2001); el conjunto de estas dos acciones es el que contribuye de una manera eficaz a minimizar la condición de discapacidad.

Los procesos centrales de la rehabilitación funcional (SDS, 2007) son:

1. Evaluación: identificación de las necesidades de la persona con discapacidad y su grupo familiar.

Incluye la realización de pruebas estandarizadas y no estandarizadas, y la participación de profesionales de diversas disciplinas: medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, audiología y terapia del lenguaje, psicología, trabajo social, entre otras.

2. Intervención: se refiere a las acciones propiamente del proceso de rehabilitación, de acuerdo con las necesidades identificadas en el proceso anterior; incluye técnicas, procedimientos soportados en diferentes corrientes del proceso de rehabilitación.

3. Revaluación o evaluación final: reconocer los avances del proceso de rehabilitación e identificar, en conjunto con la familia y la persona con discapacidad, los pasos que se deben seguir.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ACCIONES EN EL SECTOR SALUD

1. **El ciclo de vida:** se refiere a tener en cuenta el recorrido que hacen las personas desde su gestación y nacimiento hasta la finalización de la vida, atravesando etapas como la infancia, juventud, adultez y persona mayor.
2. **Participación de las personas con discapacidad:** la prestación de los servicios para las personas con discapacidad deben estar centrados en ellas y sus familias. Es decir, en los intereses y en la construcción y/o adaptación del proyecto de vida de la persona.

Debe promoverse la participación de las organizaciones de personas con discapacidad, para la retroalimentación de los procesos.

3. **El enfoque centrado en la familia:** se refiere a la participación de la familia en la toma de decisiones sobre los procesos de rehabilitación.
4. **El desarrollo de capacidades y habilidades:** uno de los objetivos básicos de la atención en salud debe estar centrado en el desarrollo de las habilidades y capacidades de las personas; por supuesto, sin descuidar la atención a las deficiencias.
5. **Interdisciplinariedad:** los servicios de rehabilitación deberán contar con la participación de profesionales de las diferentes disciplinas, como medicina, enfermería, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiología y las demás que se requieran.
6. **Redes de apoyo:** los servicios de rehabilitación deben promover la vinculación de las familias y las personas con discapacidad a diferentes grupos de apoyo, familiares o relacionados con su lugar de residencia. A su vez, deben vincular a las personas con discapacidad y a las familias con otras entidades, o propuestas que tengan relación con la satisfacción de sus necesidades.
7. **Transectorialidad:** las familias y las personas con discapacidad deben contar con la información necesaria y la vinculación con otros sectores para la garantía de sus derechos.
8. **Los apoyos tecnológicos:** las ayudas técnicas deben promoverse como garantía para el ejercicio de los derechos.

La ayuda técnica se define como “cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico utilizado por una persona con limitación, fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, incapacidad o impedimento” (Icontec, 1999)

- 9. Investigación:** es necesario promover la investigación que contribuya con la orientación de mejores respuestas a las necesidades de las personas con discapacidad.
- 10. Formación:** permanente de todos los actores que participan en los procesos, especialmente la actualización de los profesionales.
- 11. Los niveles de atención:** la atención en salud se organiza por niveles de atención; en ese mismo sentido, la atención para la prevención y/o rehabilitación de la discapacidad se organiza:
- a.** El primer nivel de atención: se caracteriza porque la función principal es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En este caso, la atención a la población con discapacidad se organiza así:
 - i.** El énfasis es en la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, en la prevención de la discapacidad, y las acciones se pueden orientar desde la estrategia de rehabilitación basada en comunidad.
 - ii.** La atención en rehabilitación de primer nivel, que implica servicios de rehabilitación de baja complejidad, con la participación de profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, trabajo social y medicina, y el uso de tecnología de baja complejidad.
 - iii.** Los enfoques de atención se centran en la familia y la persona con discapacidad, en su contexto comunitario.
 - b.** El segundo nivel de atención: cuyo fin principal es la rehabilitación funcional.
 - i.** Son servicios de rehabilitación donde cuentan por lo menos con un profesional especializado.
 - ii.** Los servicios están organizados de acuerdo con las deficiencias, es decir, relacionados con ortopedia, salud mental, medicina interna, etc.
 - iii.** El uso de tecnología es de mediana complejidad.
 - iv.** En general, los enfoques de atención se centran en la persona.
 - c.** El tercer nivel de atención: el centro de la atención es el cuidado de las personas en los momentos críticos. En general, se trata de servicios que hacen parte de hospitales o centros de alta complejidad, o son centros de rehabilitación de alta especialidad.
 - i.** Son servicios de rehabilitación donde los profesionales que participan de los equipos son especializados en aspectos específicos relacionados con las características de las deficiencias y discapacidad que atienden.
 - ii.** La tecnología es de alta complejidad y requiere de entrenamiento para su uso.
 - iii.** En general, los enfoques de atención se centran en la persona.

FORMAS DE ORGANIZAR LAS RESPUESTAS EN EL SECTOR SALUD

1. **Centros o unidades de rehabilitación:** desarrollan procesos intensivos de habilitación/rehabilitación, con apoyo de equipos de profesionales y tecnología apropiada; permiten a las personas recuperar y desarrollar el más alto nivel de independencia funcional en el menor tiempo posible. Obedecen a planes individualizados, acordes con las necesidades, intereses y posibilidades de cada persona. Funcionan como centros independientes o como servicio dentro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de segundo y tercer nivel.
2. **Servicios profesionales independientes:** prestan servicios de habilitación/rehabilitación en las diferentes áreas de competencia profesional (medicina, terapias, psicología, etc.), por lo general en consultorios o centros de especialistas.
3. **Centros Día:** proveen servicios externos o ambulatorios de habilitación/rehabilitación, en un contexto colectivo o de grupo; atienden en promedio ocho horas diarias, con la participación activa de la familia y la comunidad. Sus usuarios desarrollan actividades de autocuidado, socialización, ocupación y autorrealización, dirigidas por equipos de profesionales.

Proveen una alternativa de cuidado y mantenimiento para adultos mayores con discapacidad que requieran este servicio, o para usuarios con discapacidad cognitiva o mental en grados moderados o severos.

4. **Centros de cuidados intermedios:** ofrecen servicios institucionalizados a personas con discapacidad severa, en condiciones de dependencia en las actividades de la vida diaria y que requieren cuidados especiales. El objetivo de estos centros es proveer cuidados básicos, mantener funciones y prevenir el deterioro.
5. **Servicios domiciliarios:** asesoría que se realiza en el lugar de residencia de la persona con discapacidad y su familia. Aquella puede encontrarse o no en procesos de habilitación/rehabilitación institucional. Orientan a la persona y a su familia en la búsqueda de un desempeño funcional óptimo en el hogar y en su ambiente comunitario.



LA TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA

INTRODUCCIÓN

A pesar de la manera como se denominan, se han diseñado elementos y dispositivos tecnológicos que facilitan el bienestar total de los sujetos, por medio de soluciones que promueven la accesibilidad, la asesoría y los servicios, así como una serie de productos compensatorios. Cuando se habla de ayudas técnicas o dispositivos de tecnología asistente o de asistencia, se está en la búsqueda de una completa inclusión y participación de todas aquellas personas que tienen un desempeño limitado con respecto a las demás. Lo anterior tiene varias implicaciones: en primer lugar, que la tecnología no es simplemente la construcción de utensilios determinados, sino que debe responder a las necesidades particulares de la persona en condición de discapacidad, inmersa en un entorno que le exige un desenvolvimiento y habilidades específicas. Esto implica que el campo de las ayudas técnicas no es solo patrimonio de las ciencias de la salud, sino que debe involucrar disciplinas tales como la ingeniería, el diseño, la educación, la arquitectura, entre otras. No obstante, y a pesar de lo anterior, el papel de los profesionales de la salud en la prescripción de dispositivos de tecnología de asistencia (ayudas técnicas) es vital para que las personas puedan acceder de una manera más rápida y eficaz a dichos productos (Azevedo, L.M., 2006).

La diferencia entre tecnología asistente y de asistencia, es que esta última va mas allá del diseño de la simple herramienta y compromete estrategias que aseguran procesos de inclusión en los usuarios de las mismas; por esta razón, se ha considerado necesario replantear unos principios y aclarar el lenguaje que se va a utilizar, para que no se presenten confusiones con respecto a la formulación, prescripción, aprobación y entrega de los productos y servicios de tecnología de asistencia.

PRINCIPIOS INVOLUCRADOS EN LA PRESCRIPCIÓN Y CONTROL DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA

1. Cada persona debe tener acceso al producto de tecnología de asistencia y a los servicios de tecnología de asistencia que necesita, a tiempo y de manera apropiada.
2. Se debe garantizar el respeto a la dignidad personal, la autonomía y autodeterminación de las personas en condición de discapacidad, brindando una adecuada asesoría en la elección y adaptación de los dispositivos y servicios de tecnología de asistencia.
3. La adquisición de productos y servicios de tecnología de asistencia debe garantizar la inclusión y plena participación, en la sociedad, de las personas en condición de discapacidad.
4. Los productos y servicios de tecnología de asistencia deben ser fácilmente accesibles, utilizables tanto por las personas en condición de discapacidad, como por sus cuidadores o responsables.
5. No solamente se debe garantizar la consecución del producto o servicio de tecnología de asistencia, sino también el mantenimiento, mejoría y evaluación de calidad del mismo.
6. Los productos y servicios de tecnología de asistencia deben contemplar todas las fases del ciclo vital humano.

DEFINICIONES PERTINENTES CON RESPECTO A LA TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA

La terminología con respecto a las ayudas técnicas es múltiple, en particular con las definiciones involucradas en su aplicación y clasificación, lo cual en ocasiones puede generar confusiones, en las cuales el perjudicado resulta ser el usuario. A continuación se definen los principales conceptos que involucran las ayudas técnicas (Assistive Technology Act, 1998):

1. **Tecnología de asistencia:** este término significa tecnología diseñada para ser utilizada en un producto o servicio de tecnología de asistencia.
2. **Producto de tecnología de asistencia:** significa cualquier ítem, pieza de equipamiento o sistema de producto, sea adquirido comercialmente, modificado o adaptado para requisitos particulares, que se usa para incrementar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las personas con discapacidad.
3. **Servicio de tecnología de asistencia:** es cualquier servicio que asiste directamente a un individuo con discapacidad en la selección, adquisición o uso de un producto de tecnología asistente. Tal término incluye:

- Evaluación de las necesidades de tecnología de asistencia de un individuo con discapacidad, incluyendo una evaluación funcional del impacto de la provisión de tecnología de asistencia apropiada y de los servicios adecuados para el individuo en su ambiente usual.
- Servicios consistentes en compra, alquiler, o que se proveen de otra manera para la adquisición de los dispositivos de tecnología de asistencia para personas con discapacidad.
- Servicios que consisten en seleccionar, diseñar, ajustar, modificar, adaptar, aplicar, mantener, reparar o sustituir los dispositivos de tecnología de asistencia.
- Coordinación y uso de las terapias, intervenciones o servicios necesarios con dispositivos de tecnología de asistencia, tales como terapias, intervenciones o servicios asociados con planes y programas de educación y rehabilitación.
- Entrenamiento o asistencia técnica para un individuo con discapacidad, o cuando sea apropiado, para los miembros de la familia, tutores, cuidadores u otros representantes autorizados de tal persona.
- Entrenamiento o asistencia técnica para profesionales (incluyendo individuos que proveen educación y servicios de rehabilitación), empleadores u otros individuos, quienes proveen servicios para emplear, o de otra manera comprometidos sustancialmente en las funciones principales de la vida de los individuos con discapacidad.

4. Usuarios de la tecnología de asistencia

- Personas con discapacidad, de todas las edades, y sus familias, cuidadores, tutores y representantes autorizados.
- Individuos que trabajan en entidades públicas y privadas (incluyendo aseguradores o proveedores de cuidado), que tienen contacto con personas con discapacidad.
- Educadores y personal de servicios relacionados.
- Expertos en tecnología (incluyendo ingenieros).
- Profesionales del área de la salud y relacionados.
- Empleadores.
- Otros individuos apropiados y entidades.

5. Diseño universal

El término diseño universal significa un concepto o filosofía para el diseño y la entrega de productos y servicios que son usados por personas con el más amplio rango posible de capacidades funcionales, el cual incluye productos y servicios que son utilizables directamente (sin requerir tecnologías de asistencia) y productos y servicios que son hechos para ser usados con tecnologías de asistencia.

6. Domótica

Conjunto de servicios proporcionados por sistemas tecnológicos e informáticos integrados, bien sea en nuestras casas o en otros lugares (oficinas, hoteles, jardines, etc.), que nos ayudan en nuestras tareas diarias y mejoran nuestra calidad de vida. De ella dependen los sistemas de control del entorno (doméstico y laboral). Debe primar su utilidad, uso y flexibilidad, para que cada uno pueda utilizarlo según sus gustos, preferencias o necesidades.

CLASIFICACIÓN DE LAS AYUDAS TÉCNICAS

Para el fin del presente trabajo y de acuerdo con la normatividad internacional, la clasificación empleada es la ISO 9999, que ha sido ratificada en el país por Icontec en 1994, la cual se ha escogido por su universalidad y aplicabilidad. La clasificación tiene en cuenta la clase (dos primeros números), subclases (siguientes dos números) y divisiones (los dos últimos números de la clasificación). Entonces, de acuerdo con la normativa ISO 9999, las clases son las siguientes (ISO 9999, 2007).

[03] Productos de asistencia para el tratamiento médico personal

Son ayudas para el desarrollo de actividades terapéuticas, que apoyan generalmente al personal de la rehabilitación en el desarrollo de los procesos de tratamiento. En ocasiones se pueden formular directamente al usuario y la mayoría de las veces estos productos hacen parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

[05] Productos de asistencia para entrenamiento en destrezas

Dispositivos que intentan mejorar las habilidades de las personas a nivel físico, mental y social. Dispositivos que tienen funciones distintas al entrenamiento, pero que pueden también ser usados para este deberían ser incluidos en la clase que cubre su principal función.

[06] Órtesis y prótesis

- Órtesis: abrazaderas (braces) de soporte y férulas para personas que, por una debilidad muscular o deformidad, presentan condiciones discapacitantes en sus miembros o en la columna.
- Prótesis: miembros, órganos e incluso funciones artificiales.

[09] Productos de asistencia para el cuidado y la protección personal

Son ayudas que apoyan las actividades básicas cotidianas, tales como las de alimentación, vestido e higiene.

[12] Productos de asistencia para la movilidad personal

Apoyan la ambulación y el desplazamiento.

[15] Productos de asistencia para las actividades domésticas

Apoyan actividades de mantenimiento del hogar y cuidado de otros.

[18] Mobiliario y adaptaciones para vivienda y otros inmuebles

Muebles especiales para personas con limitación y adaptaciones al hogar, oficinas o escuelas, para hacerlos accesibles.

[21] Productos de asistencia para la comunicación e información

Apoyan el proceso de comunicación y la accesibilidad a la información y a un entorno seguro. Incluyen ayudas para leer, escribir, telefonar y alarmas de seguridad.

[24] Productos de asistencia para el manejo de bienes y productos

Adaptaciones para facilitar el uso de objetos cotidianos. Incluyen sistemas de control ambiental.

[27] Productos de asistencia para mejorar el ambiente, la maquinaria y las herramientas

Adaptaciones para actividades relacionadas con el trabajo y la relación con herramientas. Incluyen elementos de protección laboral.

[30] Ayudas para la recreación y el esparcimiento

Adaptaciones para actividades de juego, pasatiempos, deportes y esparcimientos.

Ítems excluidos

Dentro de la clasificación ISO 9999, es importante anotar que hay ítems excluidos específicamente de este estándar internacional. Los ítems no incluidos son los siguientes (ISO 9999, 2007):

- Ítems usados para la instalación de los productos de asistencia.
- Soluciones obtenidas por combinaciones de productos de asistencia que han sido clasificados en el estándar internacional.
- Medicinas.

- Productos de asistencia e instrumentos usados exclusivamente por los profesionales del cuidado de la salud.
- Soluciones no técnicas, tales como asistencia personal, perros de guía o lectura labial.
- Dispositivos implantables.
- Soporte financiero.

Lo anterior es muy importante, ya que la clasificación ISO 9999 no tiene en cuenta como productos de asistencia en discapacidad los Stent coronarios, ni los periféricos, ni los lentes intraoculares y tampoco las prótesis ortopédicas, ni los elementos para fijación interna de fracturas. Por lo tanto, ese tipo de ayudas técnicas tendrá que financiarse por otro sistema que no tenga que ver con discapacidad.

ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA, DE ACUERDO CON LA CLASE Y SUBCLASE DE PRODUCTOS DE TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA FORMULADOS

En este ítem es necesario definir que hay dispositivos o productos de tecnología de asistencia que se clasifican de acuerdo con Smith (referenciado por Ríos, A., et al. 2007) , quien presenta la alta tecnología (*high-tech*) versus la baja tecnología.

La alta tecnología se refiere a aparatos, bien sea que se compongan de dispositivos electrónicos o que no sean de uso cotidiano en la actualidad. Este tipo de tecnología, por contar con apariencia exótica, representa la idea de lo que la gente entiende por tecnología; ejemplos de esta son los teléfonos celulares, las agendas electrónicas, los aparatos para realizar resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones, bio-feed-back y las neuroprótesis (Ríos, A., et al. 2007).

Por otra parte, está la baja tecnología, que comprende aparatos menos complejos, más comunes y con accionamiento mecánico o eléctrico; aquí se pueden mencionar electrodomésticos caseros, calculadoras, sillas de ruedas manuales, bastones y férulas (Ríos, A., et al. 2007).

Definir los productos de tecnología de asistencia de acuerdo con su nivel o grado de tecnología es importante, ya que los costos generados por su formulación, adaptación y entrenamiento varían de manera significativa entre un grupo y otro. Por esta razón, en la clasificación que se expone a continuación los dispositivos que se consideran como de alta tecnología, se han puesto con asterisco. Obviamente, como el desarrollo tecnológico es tan acelerado, muchos dispositivos que en el momento se consideran de alta tecnología, en pocos años podrán considerarse como de baja tecnología.

Para fines prácticos y de ahorro de recursos económicos, en el presente trabajo se propone que aquellos productos de tecnología de asistencia que sean considerados como de alta tecnología (que a su vez son de alto costo), deberían ser formulados y adaptados por una junta de expertos de distintas disciplinas, o por un grupo interdisciplinario institucional avalado por el Ministerio de Protección Social.

Los productos de baja tecnología deben ser formulados por un profesional entrenado en prescripción de ayudas técnicas, de acuerdo con su perfil ocupacional y de desempeño laboral. No se puede dejar la prescripción y adaptación de los productos de tecnología de asistencia en manos de las empresas productoras, distribuidoras de los mismos, ni mucho menos de personal con entrenamiento empírico, no preparado para el proceso de evaluación y prescripción de estos recursos.

Para fines del presente trabajo, los servicios de prescripción y adaptación de productos de tecnología de asistencia se han clasificado de la siguiente manera, de acuerdo con lo requerido para que el usuario lo maneje de forma adecuada:

[04] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de productos de asistencia para tratamiento médico personal

(04 03 12) Respirador: este dispositivo de alta tecnología requiere de prescripción y aprobación por parte de un grupo interdisciplinario.

(04 33 03) Cojines de sedestación para prevención de escaras: requieren de dos consultas médicas de especialista en medicina física y rehabilitación (una de prescripción y otra de control) y adaptación por terapia física y ocupacional, en una sola sesión cada una.

[05] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de productos de asistencia para entrenamiento en destrezas

(05 06) Productos de asistencia para entrenamiento en comunicación aumentativa y alternativa: requieren de cuatro consultas por médico especialista en medicina física y rehabilitación y de 24 sesiones con fonoaudióloga entrenada y manejo por educadora especial, el cual depende del área de educación.

(05 12) Productos de asistencia para entrenamiento de destrezas cognitivas: requieren de tres evaluaciones por un médico especialista en medicina física y rehabilitación, de cinco sesiones de evaluación por un neuropsicólogo certificado y diez sesiones de manejo por terapia ocupacional.

(05 15) Productos de asistencia para entrenamiento de destrezas básicas: requieren de tres evaluaciones por un médico especialista en medicina física y rehabilitación, de cinco sesiones de evaluación por un neuropsicólogo certificado y diez sesiones de manejo por terapia ocupacional.

[06] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de órtesis y prótesis

(06 06 03) Órtesis de dedos: requiere dos evaluaciones por médico especialista y dos sesiones de terapia ocupacional.

(06 06 15) Órtesis de codo: requiere dos evaluaciones por médico especialista y dos sesiones por terapia ocupacional.

(06 06 32) Órtesis de mano-dedos: requiere dos evaluaciones por médico especialista y cinco sesiones por terapia ocupacional. Esto depende del tipo de férula; si es estática, se requieren menos sesiones; si es dinámica, se necesitarán más, incluso evaluación y manejo por terapia física.

(06 06 33) Órtesis de muñeca: requiere dos evaluaciones por médico especialista y tres sesiones de terapia ocupacional.

(06 06 21) Órtesis de hombro: requiere dos evaluaciones por médico especialista y dos sesiones de terapia ocupacional.

(06 12 18) Órtesis de cadera, rodilla, tobillo, pie: requiere tres evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y veinte sesiones de terapia física.

(06 12 12) Órtesis de rodilla, tobillo, pie: requiere dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y diez sesiones de terapia física.

(06 12 06) Órtesis de tobillo, pie: requiere de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y diez sesiones de terapia física.

(06 12 03) Órtesis de pie: requiere de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación.

(06 03) Órtesis espinal: requiere de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación.

(06 18 09) Prótesis transradial (debajo de codo): requiere de tres evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación, diez sesiones por terapia física y diez sesiones por terapia ocupacional.

(06 18 12) Prótesis desarticulación de codo: requiere de tres evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación, diez sesiones por terapia física y diez sesiones por terapia ocupacional.

(06 18 15) Prótesis transhumeral (encima de codo): requiere de tres evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación, diez sesiones por terapia física y diez sesiones por terapia ocupacional.

(06 24 09) Prótesis transtibial (debajo de rodilla): requiere de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y diez sesiones de terapia física.

(06 24 12) Prótesis para desarticulación de rodilla: requiere de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y diez sesiones de terapia física.

(06 24 15) Prótesis transfemoral (encima de rodilla): requiere de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y veinte sesiones de terapia física.

[09] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de productos de asistencia para el cuidado y la protección personal

(09 03) Vestidos y calzado: requieren de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y cinco sesiones de terapia ocupacional.

(09 09) Productos de asistencia para vestirse y desvestirse: requieren de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y cinco sesiones de terapia ocupacional.

(09 12) Productos de asistencia para bañarse: requieren de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y cinco sesiones de terapia ocupacional.

(09 18) Productos de asistencia para el cuidado de ostomías: requieren dos evaluaciones por médico especialista y cinco intervenciones por enfermería.

(09 27 06) Catéteres para drenaje de orina (sondas de Nélaton): requieren de dos evaluaciones por médico especialista y cinco sesiones de enfermería.

[12] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de productos de asistencia para la movilidad personal

(12 03 03) Bastón para marcha: dos evaluaciones por médico y tres sesiones de terapia física.

(12 03 06) Muletas de codo: dos evaluaciones por médico y cinco sesiones de terapia física.

(12 03 12) Muletas axilares: dos evaluaciones por médico y cinco sesiones de terapia física.

(12 06 03) Caminador: dos evaluaciones por médico y cinco sesiones de terapia física.

(12 22 03) Silla de ruedas bimanual: dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y cinco sesiones de terapia física.

(12 22 12) Silla de ruedas para manejo manual de un solo lado: dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y diez sesiones de terapia física.

(12 23 03) Silla de ruedas de motor eléctrico de manejo manual*: se requiere evaluación, formulación y aprobación por equipo interdisciplinario, que conste mínimo de un médico especialista en medicina física y rehabilitación, terapeuta física, terapeuta ocupacional, trabajadora social, psicólogo y un representante de la EPS. La aprobación se dará en junta interdisciplinaria, en donde se definirá el número de sesiones para aprender el manejo de la misma.

(12 23 06) Silla de ruedas de motor eléctrico de manejo accionado*: se requiere evaluación, formulación y aprobación por equipo interdisciplinario, que conste mínimo de un médico especialista en medicina física y rehabilitación, terapeuta física, terapeuta ocupacional, trabajadora social, psicólogo y un representante de la EPS. La aprobación se dará en junta interdisciplinaria, en donde se definirá el número de sesiones para aprender el manejo de la misma.

[15] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de productos de asistencia para las actividades domésticas

Se requiere de una evaluación por médico especialista en medicina física y rehabilitación e intervención de diez sesiones por parte de terapia ocupacional.

[18] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de mobiliario y adaptaciones para vivienda y otros inmuebles

(18 09 31) Asientos, sistemas de sedestación y bloques de abducción (órtesis de sedestación): requieren de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación, adaptación por ortoprotesista, cinco sesiones de terapia física y cinco de terapia ocupacional.

(18 09 21) Muebles de sedestación especiales: requieren de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación, adaptación por ortoprotesista, cinco sesiones de terapia física y cinco de terapia ocupacional.

[22] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de productos de asistencia para la comunicación e información

(22 06 06) Ayudas auditivas para usar con el vestido en el cuerpo: requieren de dos evaluaciones por médico especialista, evaluación y 20 sesiones de adaptación y manejo por fonoaudiología.

(22 06 12) Ayudas auditivas en el interior del oído: requieren de dos evaluaciones por médico especialista, evaluación y 20 sesiones de adaptación y manejo por fonoaudiología.

(22 06 15) Ayudas auditivas para ponerse detrás de la oreja: requieren de dos evaluaciones por médico especialista, evaluación y 20 sesiones de adaptación y manejo por fonoaudiología.

(22 06 21) Ayudas auditivas usadas en conexión con implantes*: se requiere evaluación, formulación y aprobación por equipo interdisciplinario, que conste mínimo de un médico especialista, fonoaudióloga o terapeuta del lenguaje, terapeuta ocupacional, trabajadora social, psicólogo y un representante de la EPS. La aprobación se dará en junta interdisciplinaria, en donde se definirá el número de sesiones para aprender el manejo de las mismas.

(22 21 06) Amplificadores de comunicación: requieren evaluación por médico especialista en medicina física y rehabilitación y por especialista en comunicación aumentativa y alternativa, con intervención de 20 sesiones.

(22 21 09) Unidades de diálogo: requieren evaluación por médico especialista en medicina física y rehabilitación y por especialista en comunicación aumentativa y alternativa, con intervención de 20 sesiones.

(22 21 12) Software para comunicación cara a cara*: se requiere evaluación, formulación y aprobación por equipo interdisciplinario, que conste mínimo de un médico especialista en medicina física y rehabilitación, fonoaudióloga o terapeuta del lenguaje especialista en comunicación aumentativa y alternativa, terapeuta ocupacional, trabajadora social, psicólogo y un representante de la EPS. La aprobación se dará en junta interdisciplinaria, en donde se definirá el número de sesiones para aprender el manejo del mismo.

[24] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de productos de asistencia para el manejo de bienes y productos

Requieren de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y cinco sesiones con terapia ocupacional.

[27] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de productos de asistencia para mejorar el ambiente, la maquinaria y las herramientas

Requieren de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y manejo por terapeuta ocupacional, dependiendo de las necesidades específicas. Estas ayudas técnicas dependerán económicamente del empleador.

[30] Recursos requeridos para la prescripción y adaptación de productos de asistencia para la recreación

Requieren de dos evaluaciones por médico especialista en medicina física y rehabilitación y, dependiendo de la complejidad y necesidad del dispositivo, se necesitará de aprobación por junta interdisciplinaria.



BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO I

- ALMATE, Alicia; Vásquez, Armando. *Discapacidad: lo que debemos saber en América Latina*. OPS, 2006. Publicación científica y técnica No. 616.
- Assistive Technology Act of 1998 [acceso: 3 de noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.section508.gov/docs/AT1998.html>.
- AZEVEDO, L. M. *A Model Based Approach to Provide Augmentative Mobility to Severely Disabled Children Through Assistive Technology*. Tesis doctoral. Donostia. San Sebastián, septiembre 2006.
- BARNES, C. *Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental*. En Barton, L. *Discapacidad y sociedad*. Edición Morata, 1999.
- Consejería Presidencial de Programas Especiales. *Manual "Pa' to' el mundo" - Guía para la construcción de política pública en discapacidad*. Bogotá, 2005.
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec). NTC-ISO 9999: norma técnica colombiana ayudas técnicas para personas con limitación. Bogotá: Icontec; 1994.
- ISO 9999. Assistive products for persons with disability - Classification and terminology. 2007.
- QUINN G.; Degener, T. *Derechos humanos y discapacidad*. Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 2002.
- Ministerio de Salud - Programa nacional de rehabilitación. *Cuaderno de Rehabilitación para Médicos Generales*, No. 1. Nicaragua, 2001.
- Ministerio de la Protección Social. *Lineamientos de política de habilitación y rehabilitación integral*. Bogotá, 2004.

- Ministerio de la Protección Social. Plan marco de discapacidad 2007-2010. Bogotá, 2007.
- Ministerio de Salud. Lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencia, discapacidad y minusvalía. Bogotá, 1996.
- MOLINA, Rocío. *La discapacidad y su inclusión social: un asunto de justicia*. Revista Facultad de Medicina, Universidad Nacional, vol. 53, No. 4, año 2005.
- Naciones Unidas. Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York, agosto de 2006. <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/convention.html>. Visitado en noviembre de 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Ginebra, 2001.
- RÍOS, A.; Laserna, R.; Melo, R.; Vargas, M. C.; Ramírez, N. *Tecnología y discapacidad*. Informe final. Implementación de la política sectorial en salud para la prevención y el manejo de la discapacidad en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., Universidad del Rosario, 2007.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. *Transversalidad de discapacidad*. Bogotá, 2007.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Peidy. *Estrategia de instituciones amigas de las personas con discapacidad*. Bogotá, 2007.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Universidad del Rosario. *Lineamientos para los bancos de ayudas técnicas*. 2ª. edición. Bogotá, 2007.
- SEELMAN, Catherine D. *Tendencias en la rehabilitación y en la discapacidad: transición desde un modelo médico a un modelo de integración (parte 2)*. Disability World - revista electrónica. Vol. 22, enero-marzo 2002.
- TURNBULL, R., & Store, M. Five models for thinking about disability. Implications for policy responses. Journal of Disability Policy Studies. Vol. 12: 3, 2001.



II. EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DE LA DISCAPACIDAD A NIVEL NACIONAL

INTRODUCCIÓN

Se calcula que más de seiscientos millones de personas, aproximadamente el 10% de la población mundial, viven con alguna forma de discapacidad, y más de las dos terceras partes de estas personas viven en los países en vía de desarrollo¹.

Se estima que en América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, siendo las características principales de este grupo, la extrema pobreza, desempleo, acceso limitado a los servicios de educación, vivienda, transporte, generando un círculo entre discapacidad y pobreza².

Factores como el aumento de la accidentalidad, el conflicto armado, el uso de sustancias psicoactivas, el aumento de la población, especialmente el grupo de los adultos mayores, con el subsecuente aumento de las enfermedades crónicas, el maltrato infantil, la violencia, entre otros, inciden notablemente en el aumento de la discapacidad.

En Colombia, la información sobre discapacidad proviene de diferentes fuentes, entre ellas varios estudios realizados por universidades como el estudio de la Universidad Javeriana³, la Universidad del Valle⁴ y de

1 Quinn G, Degener T. Derechos humanos y discapacidad. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad. Naciones Unidas Nueva York y Ginebra 2002. Disponible en: http://www.discapacidad.gov.co/d_interes/DDHHYDIS.pdf

2 Almate A, Vásquez A. Discapacidad lo que debemos saber en América Latina. Organización Panamericana de la Salud 2006. Publicación científica y técnica No 616. ISBN 9275316163

3 Eslava J, Camacho S, Eljach J, Ruiz F, Bayona R, Salinas L, Paez M, et al. Estudio piloto para diagnosticar la discapacidad en 25 entidades territoriales de Colombia. Enlace Social 1993; 1 (2):8-11.

4 Gómez N, Otoya C, Quintana P, Tenorio L, Vergara C, Zapata M et al. Prevalencia de discapacidad en el Valle del Cauca. Universidad del Valle, Gobernación del Valle del Cauca agosto 2001.

los diferentes censos o encuestas especializadas realizadas a lo largo del tiempo. Según el Censo 2005 se estima que el 6.2% de la población del país, presenta alguna discapacidad ⁵ y, al igual que en otros países, es más frecuente en la población de escasos recursos, la cual tiene mayores barreras para acceso a los servicios de salud.

El propósito de este trabajo es presentar los resultados del análisis del registro de discapacidad en Colombia y parcialmente de la Encuesta Nacional de Salud 2007 para que, con una información actualizada, se presente al país la actual situación de discapacidad y pueda servir para el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar la atención en salud de los colombianos en esta situación.

5 Censo General 2005. Discapacidad personas con limitaciones permanentes. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.



METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de los estudios previos sobre discapacidad realizados en el país, así como otras fuentes de información secundarias como los informes sobre discapacidad que contenían información del Censo de 1993, las pruebas piloto Yopal 2001 y Soacha 2003. Para estas dos últimas, se calcularon las prevalencias de discapacidad para cada una de las deficiencias o dificultades. También se tuvo en cuenta la información sobre discapacidad del Censo 2005 y se realizó una descripción de las limitaciones permanentes. Adicionalmente se analizó la base de datos del registro para localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), la cual fue facilitada por el DANE y que contenía los registros a partir del año 2002, hasta diciembre de 2008. Dado que la base de datos contenía un número importante de registros duplicados (teniendo en cuenta el número de identificación), se revisaron minuciosamente con el fin de eliminarlos. Para este procedimiento se tuvieron en cuenta variables como el número de identificación de la persona registrada, fecha de nacimiento, sexo, municipio y la fecha del registro. Se eliminaron aquellos registros que coincidieron para estas variables teniendo la precaución de dejar el registro más reciente. Teniendo en cuenta el cuestionario aplicado, se realizó una descripción de las variables demográficas, de discapacidad, servicios de salud, educación, participación y trabajo con el programa STATA versión 9.0. Adicionalmente se realizó una descripción general del módulo de discapacidad sentida de la Encuesta Nacional de Salud 2007, la cual fue entregada por el Ministerio de la Protección Social. Para el análisis se tuvo en cuenta el módulo 1 y el módulo 2 (para personas de 6 años o más). Se analizaron las variables de funcionamiento y discapacidad sentida teniendo en cuenta la severidad de las dificultades (leve, moderada, severa, extrema), así como algunas variables socio demográficas como educación, afiliación al sistema de salud, edad, sexo, trabajo y morbilidad sentida. Otros resultados como la discapacidad sentida en enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes no fueron analizados dado que ya se encuentran publicados.



ESTUDIOS PREVIOS SOBRE FRECUENCIA DE DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

En Colombia, las cifras de la población en situación de discapacidad proceden de diferentes fuentes entre ellas el Censo 1993, la prueba piloto de Yopal realizada en el 2001, la prueba piloto de Soacha realizada en el 2003, el Censo 2005, el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad y de estudios realizados como el de la Universidad Javeriana, el estudio de prevalencia de discapacidad del Valle del Cauca, entre otros. Sin embargo, existen diferencias metodológicas importantes que en muchos casos no permiten la comparación entre ellos. Según el Conpes 80, el diagnóstico de la situación actual de discapacidad presenta varias dificultades principalmente por las limitaciones de los sistemas de información, prevención, falta de articulación entre los diferentes sectores y el estado⁶, situación que dificulta que se encaminen adecuadamente las políticas públicas alrededor de la discapacidad.

El censo realizado en 1993, evidenció que Colombia con una población de 33'109.840 habitantes, presentaba una prevalencia de discapacidad del 1.8%, es decir que el número de personas con deficiencias era 593.618, para un total de 681.838 deficiencias (una persona podía presentar más de una deficiencia). Las principales deficiencias fueron la ceguera en un 34.5%, sordera en un 24.8% y el retraso o deficiencia mental con un 16.6% (Tabla 1). En cuanto al género, la ceguera se presentó con mayor frecuencia en las mujeres en comparación con los hombres, con el 53.3% y 46.6% respectivamente. La deficiencia de miembros superiores fue mayor en los hombres que en las mujeres con un 54.8% y 41.6% respectivamente. En este punto, es importante señalar la forma en que se realizó la pregunta durante el censo, ya que se indagó si la persona presentaba alguna limitación, pero el enfoque de la pregunta hacía referencia a las deficiencias. Además otras opciones de deficiencias fueron restringidas si la persona mencionaba alguna que no estuviera dentro las opciones, pues se marcaba como “ninguna de las anteriores”⁷.

6 Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 80. Política Pública Nacional de Discapacidad Julio de 2004. Disponible en: www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/080.pdf

7 Gonzalez C, Gómez J. Información estadística de la discapacidad Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y Demografía. Julio 2004.

Forma en que se realizó la pregunta en el censo 1.993

Tiene algunas de las siguientes limitaciones:

Ceguera
 Sordera
 Mudez
 Retraso o deficiencia mental
 Parálisis o ausencia de miembros superiores
 Parálisis o ausencia de miembros inferiores
 Ninguna de las anteriores

Tabla 1. Distribución por sexo de las deficiencias, Censo 1993

Deficiencias según Censo 1993		Hombres	Mujeres	Total
Deficiencias	Con ceguera	109.675 (31.2%)	125.342 (38.0%)	235.017 (34.5%)
	Con sordera	89.673 (25.5%)	79.770 (24.2%)	169.443 (24.8%)
	Con retraso	60.963 (17.3%)	52.356 (15.9%)	113.319 (16.6%)
	Miembros inferiores afectados	34.000 (9.7%)	28.007 (8.5%)	62.007 (9.1%)
	Miembros superiores afectados	35.469 (10.1%)	25.268 (6.7%)	60.737 (8.9%)
	Sin habla	21.735 (6.2%)	19.580 (5.9%)	41.315 (6.0%)
	Total	351.515 (51.6%)	330.323 (48.4%)	681.838 (100%)

Fuente: Información estadística de la discapacidad. DANE. Julio 2004

Posteriormente, el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), realizó la prueba piloto de Yopal durante el año 2001. En esta fueron censadas 84.293 personas de las cuales 1.036 (1.23%) presentaron alguna deficiencia. Teniendo en cuenta que una persona podía presentar mas de una deficiencia se encontraron 1.745 deficiencias, sin embargo la forma como se realizó la pregunta siguió presentando confusión entre las definiciones de limitación y deficiencia (tabla 2). En la tabla 3, que se encuentra a continuación, se presenta la prevalencia por 1.000 habitantes de cada una de estas deficiencias.

Tabla 2. Distribución de las deficiencias por sexo, prueba piloto Yopal 2001

Deficiencias	Hombres	Mujeres	Total
Con sordera total	184(10.5%)	151(8.7%)	335 (19.2%)
Retraso mental	160(9.1%)	150(8.6%)	310 (17.8%)
Parálisis o ausencia de miembros superiores	160(9.2%)	121(6.9%)	281 (16.1%)
Parálisis o ausencia de miembros inferiores	158(9.0%)	122(7.0%)	280 (16.0%)
Con ceguera total	140(8.0%)	133(7.6%)	273 (15.6%)
Mudez	134(7.6%)	132(7.5%)	266 (15.2%)
Total deficiencias	936 (53.6%)	809(46.3%)	1.745 (100%)

Fuente: Información estadística de la discapacidad. DANE. Julio 2004.
Una persona puede presentar más de una deficiencia.

Tabla 3. Prevalencia de las deficiencias por 1.000 habitantes, prueba piloto Yopal 2001

Deficiencias	Prevalencia por 1.000 habitantes
Con sordera total	3,97
Retraso mental	3,68
Parálisis o ausencia de miembros superiores	3,33
Parálisis o ausencia de miembros inferiores	3,32
Con ceguera total	3,24
Mudez	3,26
Total	12,30

Fuente: Información estadística de la discapacidad Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y Demografía. Julio 2004.

Sólo hasta el año 2003, se realizó una prueba piloto en Soacha en la cual se tuvieron en cuenta las limitaciones permanentes, las causas y las limitaciones para el desarrollo de actividades. En este fueron censadas 369.813 personas de las cuales 36.013 (9.7%) respondieron tener alguna dificultad permanente, cuya distribución se presenta en la tabla 4. En la tabla 5, se presenta la prevalencia de dificultades permanentes para la prueba piloto de Soacha.

Tabla 4. Distribución por sexo de dificultades permanentes, prueba piloto Soacha 2003.

Dificultad Permanente	Hombres	Mujeres	Total
Para ver a pesar de usar lentes o gafas	8.920(14.8%)	11.216(18.6%)	20.136 (33.4%)
Para moverse o caminar	3.526(5.9%)	4.341(7.2%)	7.867 (13.1%)
Para desplazarse en trechos cortos por problemas del corazón	3.312(5.5%)	4.435(7.4%)	7.747 (12.9%)
Para su auto cuidado	2.232(3.7%)	2.619(4.4%)	4.851 (8.1%)
Para entender o comprender	2.195(3.6%)	2.532(4.2%)	4.727 (7.8%)
Para usar sus brazos y manos	1.905(3.2%)	2.562(4.3%)	4.467 (7.5%)
Para oír aún con aparatos especiales	1.989(3.3%)	1.793(3.0%)	3.782 (6.3%)
Para hablar o comunicarse	1.815(3.0%)	1.489(2.5%)	3.304 (5.5%)
Para relacionarse con los demás	1.555(2.6%)	1.747(2.9%)	3.302 (5.4%)
Total	27.449(45.6%)	32.734(54.4%)	60.183 (100%)

Fuente: Información estadística de la discapacidad. DANE. Julio 2004

Tabla 5. Prevalencia de dificultades permanentes por 1.000 habitantes, prueba piloto Soacha 2003

Dificultades permanentes	Prevalencia por 1.000 habitantes
Para ver a pesar de usar lentes o gafas	54.45
Para moverse o caminar	21.27
Para desplazarse en trechos cortos por problemas del corazón	20.95
Para su auto cuidado	13.12
Para entender o comprender	12.78
Para usar sus brazos y manos	12.08
Para oír aún con aparatos especiales	10.23
Para hablar o comunicarse	8.93
Para relacionarse con los demás	8.93
Total	97.38

Fuente: Información estadística de la discapacidad Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y Demografía. Julio 2004.

Con respecto a otras fuentes de información, el estudio piloto realizado por la Universidad Javeriana en 25 entidades territoriales, encontró que el 3.2% de 290.863 personas presentaban alguna limitación, de las cuales el 41% se encontraba entre los 5 a 12 años. La limitación más frecuente fue la visual en 25.9%, seguida por las dificultades del aprendizaje con 20.6%. Según el género, la limitación más frecuente entre las mujeres fue para ver y entre los hombres las dificultades del aprendizaje. Por grupos de edad, el mayor porcentaje de la población se ubicó entre los 5 y 12 años con el 41.0%, seguido por el grupo de 13 a 25 años con el 25.1%. Según las causas, el 40.6% de las limitaciones fueron adquiridas por nacimiento (principalmente retardo mental, dificultad para hablar y oír). Un aspecto importante que resalta este estudio es que más del 90% de las personas en situación de discapacidad no se encontraban afiliadas al sistema de salud y que el 68.4% no recibían ningún tipo de atención en salud por dificultades económicas⁸.

El estudio de prevalencia del Valle del Cauca realizado en 14 municipios, arrojó una prevalencia de discapacidad del 3.9% y una prevalencia de deficiencias en 10.093 personas encuestadas⁹. Según la caracterización de los hogares por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), los hogares con deficiencias presentaron mayores porcentajes de NBI en comparación con los hogares que no tenían personas en esa situación (39.8% y 32.4% respectivamente). Las deficiencias y la discapacidad fueron más prevalentes entre los mayores de 10 años y aumentó con la edad (Tabla 6).

Tabla 6. Prevalencia de deficiencias y discapacidad en el Valle del Cauca 2001

Grupos de edad	Prevalencia deficiencia	Prevalencia discapacidad
0-9	3.1%	1.7%
10-19	3.9%	2.4%
20-29	4.6%	2.4%
30-39	6.4%	3.0%
40-49	10.0%	4.7%
50-59	14.1%	7.5%
60-69	18.1%	10.6%
70-79	31.0%	24.0%
80-89	34.6%	29.4%
90-99	33.3%	33.3%

Fuente: Prevalencia de discapacidad en el Valle del Cauca. Universidad del Valle, Gobernación del Valle del Cauca agosto 2001.

8 Eslava J, Camacho S, Eljach J, Ruiz F, Bayona R, Salinas L, Paez M, et al. Estudio piloto para diagnosticar la discapacidad en 25 entidades territoriales de Colombia. Enlace Social 1993; 1 (2):8-11.

9 Gómez N, Otoya C, Quintana P, Tenorio L, Vergara C, Zapata M et al. Prevalencia de discapacidad en el Valle del Cauca. Universidad del Valle, Gobernación del Valle del Cauca agosto 2001.

Se encontraron 315 personas (3.1 %) con deficiencias pero sin discapacidad y 419 (4.1 %) con deficiencia y discapacidad. La deficiencia (entre los 419) más frecuente fue la del movimiento, seguida por las del sistema nervioso y la visión. La prevalencia fue mayor entre la población de 15 a 44 años, seguida por los mayores de 60 años.

Con respecto a la discapacidad, los autores establecieron 2 grados de discapacidad: simple y compleja. La discapacidad simple fue definida así: *“cuando la persona reconoce que los resultados en la realización, consecución y finalización de las actividades en los ámbitos hogar, educación, trabajo y recreación son satisfactorios, ya que sus limitaciones se compensan por la ayuda personal o técnica con que cuenta”*. La discapacidad compleja se define así: *“cuando la persona reconoce que los resultados en la realización, consecución y finalización de las actividades en los ámbitos hogar, educación, trabajo y recreación no son satisfactorios con y sin ayuda personal o técnica”*.

La distribución de la discapacidad simple fue menor que la compleja: 126 casos en la simple y 293 en la compleja. En las personas con discapacidad compleja, se encontró un mayor porcentaje de deficiencias en estructuras neuromusculoesqueléticas y del sistema nervioso; mientras que en las personas con discapacidad simple, las deficiencias fueron principalmente en el sistema respiratorio y circular.

Este estudio indagó por la participación de las personas con discapacidad, mostrando que el 35.7% de las personas con discapacidad simple y el 45.0% de las personas con discapacidad compleja escasamente participaban en actividades básicas como el tiempo libre con la familia, lo cual demuestra los niveles de aislamiento de este grupo de personas. Entre los que sí participaban, el 26.7%, lo hacía en algún tipo de organización especialmente de tipo religioso. Con respecto a las diferentes situaciones sociales, el estudio mostró que el transporte público es la principal barrera para la participación, seguida por el acceso a los espacios públicos y espacios recreativos.

También se indagó la necesidad de ayuda técnica, en la cual se encontró que el 49.6% de los hombres con discapacidad refieren necesitar ayudas técnicas y de éstos sólo el 31% las tiene; en las mujeres el 47.2% las necesita pero sólo el 25.4% de estas tiene las ayudas técnicas. El grupo de edad que refirió necesitar más ayudas técnicas fue el de los adultos mayores. Con relación al origen, el 43.7% de los encuestados consideraron que el origen de sus deficiencias era por causas biológicas (enfermedad general, alteración genética, complicaciones de la madre) como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Causas de deficiencia en el Valle del Cauca

Causa de la deficiencia	Porcentaje
Biológica	183 (43.7%)
Violencia (accidentes, lesión autoinflingida, violencia social, consumo de psicoactivos o alcohol)	48 (11.4%)
Ocupacional (accidente de trabajo, enfermedad laboral)	33 (7.8%)
Ambiental (desastres naturales, exposición a agentes externos)	10 (2.3%)
Error tratamiento médico	11 (2.6%)
Otras	52 (12.4%)
Ns/nr	81 (19.3%)
Total	418 (100%)

Fuente: Prevalencia de discapacidad en el Valle del Cauca. Universidad del Valle, Gobernación del Valle del Cauca. Agosto 2001.

Otro punto para resaltar de este estudio, es que también preguntó por los servicios de rehabilitación. Quienes asistían a este servicio (50), refieren la fisioterapia y la psicología, como las más consultadas, seguidas por fonoaudiología y la medicina física y rehabilitación; el 88.9% consideró que se habían recuperado. En relación con las personas que no asistían a rehabilitación, mencionaron que no lo hacían por falta de recursos económicos.

Un estudio realizado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Fundación Restrepo Barco, en el cual se evaluó el uso de los servicios de salud en niños, reportó una prevalencia de discapacidad del 18.2% en los niños entrevistados en instituciones de protección; del 7.1% en los hogares comunitarios y del 9.5% en los hogares infantiles. Con respecto al tipo de discapacidad, los autores encontraron que las enfermedades del sistema nervioso eran las más frecuentes especialmente en los niños de las instituciones de protección¹⁰.

Respecto a la oferta y demanda de los servicios de rehabilitación, existe una publicación realizada por la Fundación Saldarriaga Concha; en este trabajo se expone la situación de los servicios de rehabilitación en el país en cuanto a las necesidades, oferta y demanda.

10 Carrasquilla G, Porras A, Mejía C. Evaluación de factores asociados al uso de servicios de salud en menores de edad en Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Restrepo Barco 2005.

Como resultado de esta investigación, se encontró que los servicios de órtesis y prótesis son insuficientes en la mayoría de las instituciones; los servicios de rehabilitación vocacional y profesional son escasos entre los servicios ofertados por las instituciones y más del 50% de las instituciones encuestadas se encontraban financiadas con recursos públicos.

En lo que se refiere a la atención al usuario, los autores encontraron que en más de la mitad de las instituciones no se encontraban implementados los procesos de atención, información y planeación de la intervención al usuario, también refieren que la mayoría de las instituciones presentaban deficiencias en la gestión de la calidad. La población atendida presentó las siguientes características: Bajo nivel educativo en menores de 15 años, predominio de los estratos 2 y 3, bajos ingresos económicos y un alto porcentaje de usuarios no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con respecto a las barreras de acceso a los servicios de rehabilitación, el 21.3% de los usuarios percibió algún tipo de barrera en las instalaciones de las instituciones donde recibían los servicios. Existe poca articulación entre las redes sociales y los centros de rehabilitación, lo cual impide el acceso de los usuarios a diferentes servicios. En conclusión, este estudio revela que los servicios de rehabilitación en Colombia presentan dificultades a partir del concepto de rehabilitación integral, la gestión y la calidad de los servicios prestados¹⁰.

Con referencia a los costos generados por la discapacidad, se realizó un estudio teniendo en cuenta diferentes fuentes de información como el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, la encuesta de calidad de vida 2003 y la encuesta continua de hogares de los años 1981 a 2003. Se analizaron variables como educación, trabajo, estrato socioeconómico, ingresos y dependencia. Los resultados según el registro, fueron los siguientes: Del total de personas registradas (9.135), el 82% vivía en las cabeceras municipales y pertenecían a los estratos 1 y 2. El 19% de las personas entre 18 y 64 años se encontraban trabajando, de los cuales el 92% recibían menos de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV), lo cual representaba un pérdida de 0.2 SMMLV por persona anualmente asumiendo una pensión de un SMMLV. El 37% de las personas registradas entre los 18 y 74 años refirieron tener personas a cargo, de las cuales el 98% recibía uno o menos de un SMLV; de acuerdo con esta información los autores señalan que al menos 4.530 personas reciben 175.000 pesos mensuales, lo cual sugiere que muchas personas en situación de discapacidad se encuentran por debajo de la línea de pobreza. El 40% de las personas entre 18 y 74 años requiere la ayuda permanente de otra persona, lo cual se traduce en la pérdida de una persona productiva, representando pérdidas de 12 SMMLV si se considera que estas personas podrían devengar un SMMLV.

Los resultados de la encuesta de calidad de vida, reportaron que el 11.7% de los hogares presentaban personas con discapacidad, de los cuales el 19.5% fueron considerados como pobres. Con respecto a la encuesta continua de hogares, se estableció que existía un mayor porcentaje de hombres con incapacidades permanentes para trabajar (IPT) en comparación con las mujeres y que los grupos donde se concentraba la mayor población con IPT era en los de 70 y más años¹¹.

11 Gómez L, Valencia M. Estudio Nacional de necesidades, oferta y demanda de los servicios de rehabilitación en Colombia, 2003. Fundación Saldarriaga Concha. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/estudiooferta.pdf>

12 Hernández J, Hernández I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Revista Salud Pública 2005; 7 (2):130 – 144.

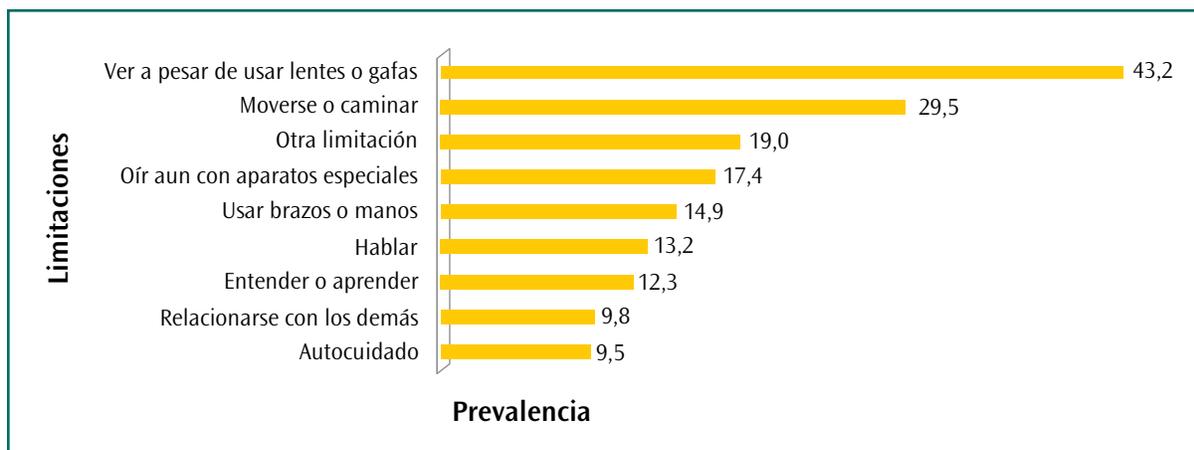
El censo general 2005, obtuvo mayor información sobre las personas en situación de discapacidad a nivel nacional, debido a su cobertura y al enfoque utilizado en las preguntas, pues se utilizó el enfoque de las limitaciones y no el de deficiencias. En este, la pregunta se desarrolló de la siguiente forma:

Forma en que se realizó la pregunta censo 2005

Tiene limitaciones permanentes para	SI/NO
Moverse o caminar	
Usar sus brazos y manos	
Ver, a pesar de usar lentes o gafas	
Oír, aún con aparatos especiales	
Hablar	
Enteder o aprender	
Relacionarse con los demás por problemas mentales	
Bañarse, alimentarse, vestirse por sí mismo	
Otra limitación permanente	

Los resultados del censo general 2005, arrojaron una prevalencia de personas con alguna limitación de 6.2%, es decir que teniendo en cuenta la población total (41.174.853), se calcula que existen en el país 2'549.991 personas con por lo menos una limitación. Las principales limitaciones fueron para ver a pesar de usar lentes o gafas en un 43.2%, seguidas por las limitaciones permanentes para moverse o caminar con un 29.5% (Figura 1).

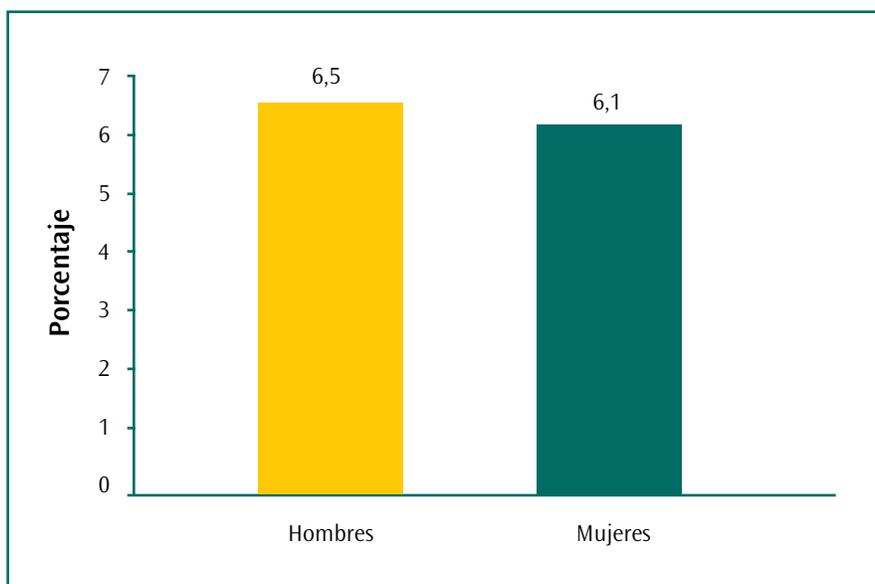
Figura 1. Prevalencia de limitaciones permanentes, Censo 2005.



Fuente: Censo General 2005. Personas con limitaciones permanentes.

La distribución por sexo mostró una prevalencia mayor en los hombres que en las mujeres con el 6.5% y el 6,1% respectivamente (Figura 2). Por grupos de edad, la discapacidad es mayor en los hombres excepto en el grupo de 85 años y más. Según el número de limitaciones permanentes por persona, el 71.2% presentó una limitación, 14.5% dos limitaciones, el 5.7% tres limitaciones y el 8.7% más de tres limitaciones¹³.

Figura 2. Prevalencia de discapacidad según género.



Fuente: Censo General 2005. Personas con limitaciones permanentes.

Los departamentos que sobrepasaron el promedio nacional fueron: Cauca con 9.5%, Nariño con 9.0%, Boyacá 8.8%, Huila 8.5%, Quindío 8.0%, Tolima con 7.8% y Putumayo 7.4%. Los departamentos que se encontraron por debajo del promedio nacional fueron: Vichada (5.2%), Atlántico (5.1%), Guainía (5.0%), Bogotá (4.9%), Guaviare (4.4%), Amazonas (3.9%), y La Guajira (3.6%)¹⁴.

13 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín Censo General 2005. Discapacidad-Colombia Noviembre 30. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

14 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Discapacidad personas con limitaciones permanentes datos departamentales.



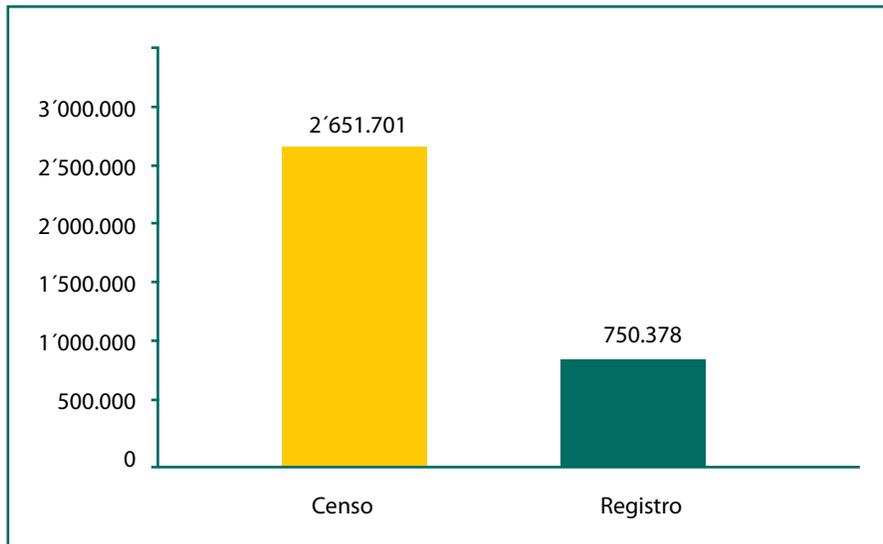
REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (RLCPD)

Adicional al censo, el DANE con el apoyo del Ministerio de Educación, diseñó el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), teniendo en cuenta el nuevo enfoque en el cual, la discapacidad es abordada como un problema multidimensional que incluye lo corporal, personal, familiar y social.

Durante el periodo 2002 - diciembre 2008, se han obtenido 750.378 registros de personas en situación de discapacidad. Es decir que, teniendo en cuenta los resultados del censo 2005, todavía se espera recolectar mayor información en los departamentos y municipios (Figura 3). La variación del número de registros recolectados a través del periodo 2002-2007 se presenta en la figura 4. Según el DANE, una de las principales dificultades en el diligenciamiento del registro, es que este depende de la voluntad por parte de gobernadores y alcaldes, bien sea porque la discapacidad hace parte de sus programas de gobierno o porque la información del registro es requisito para acceder a los recursos destinados para discapacidad¹⁵.

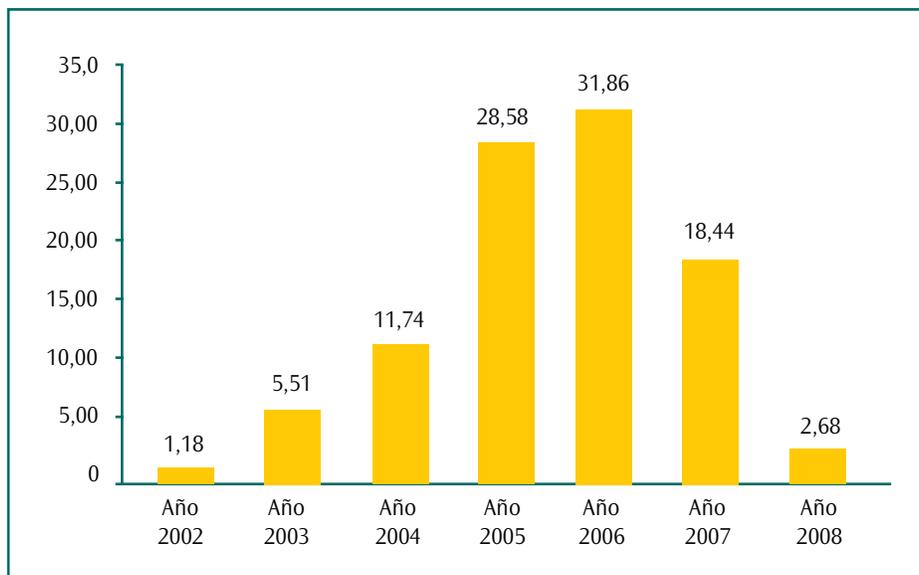
15 Departamento Nacional de Estadística, Ministerio de Educación Nacional. Resultados preliminares de la implementación del Registro para localización y caracterización de las personas con discapacidad 2006.

Figura 3. Personas en situación de discapacidad según Registro



Fuente: Censo 2005. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Figura 4. Porcentaje de registros a partir del año 2002





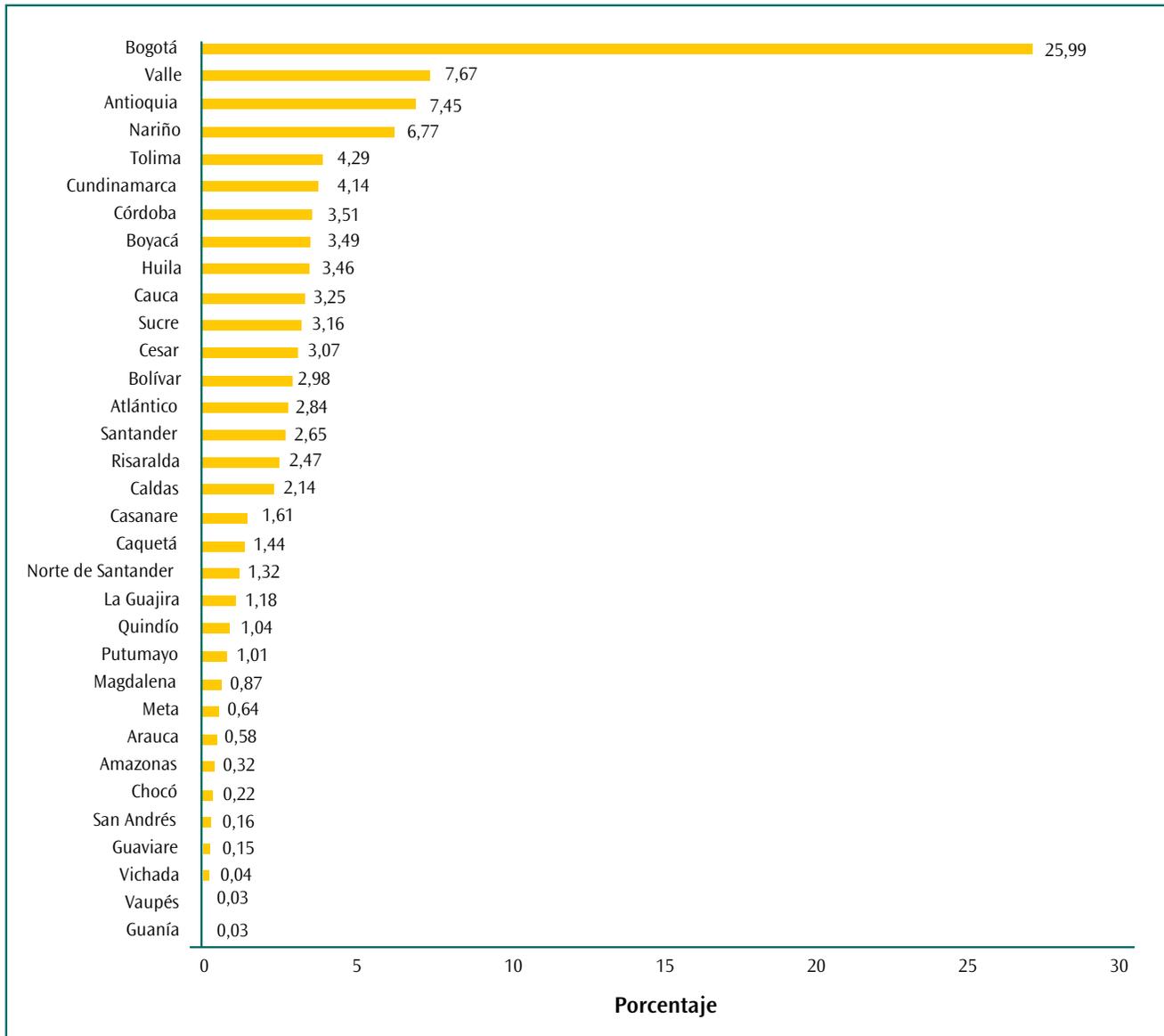
RESULTADOS REGISTRO PARA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD (RLCPD)

A continuación se muestra un análisis detallado de la información de los 750.378 registros para la localización y caracterización de personas con discapacidad.

Registros por departamento y municipio:

Los departamentos con mayor porcentaje de registros son Bogotá (25.99%), Valle (7.67%), Antioquia (7.45%), Nariño (6.77%) y Tolima (4.29%) (figura 5). Los municipios con mayor número de registros son Cali (4.86%), Valledupar (1.30%), Pasto (1.22%), Pereira (1.70%), Neiva (1.01%), Magangue (1.01%) y Barranquilla (1.10%). A la fecha, 829 municipios cuentan con el registro. Los departamentos con menor número de registros son San Andrés, Guaviare Vichada, Vaupés y Guainía.

Figura 5. Porcentaje de registros por departamento.



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

*Bogotá cuenta como departamento.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS RLCPD

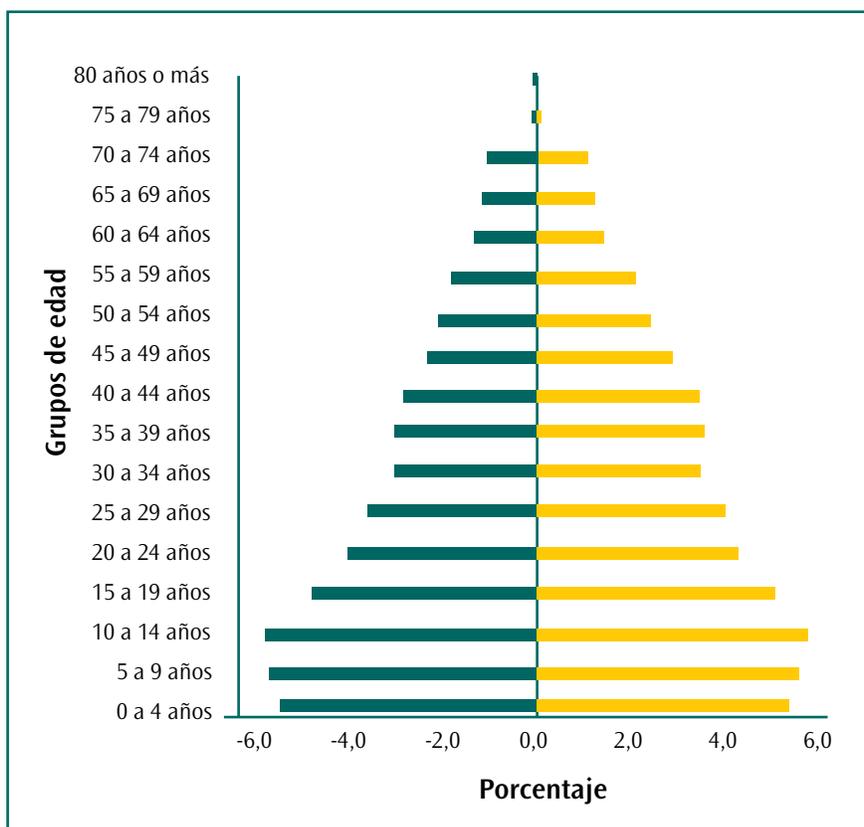
Estructura Poblacional

En la figura 6, se puede apreciar la distribución por grupos de edad de la población total del país (Censo 2005), la cual presenta una base ancha y un ligero ensanchamiento en el grupo de 10 a 14 años, luego se observa una reducción en el grupo de 30 a 34 años y después de los cincuenta años se observa como va disminuyendo el tamaño de la población.

En la pirámide de discapacidad del Censo 2005, se observa que la discapacidad presenta una base más angosta y dos ensanchamientos en el grupo de 10 a 14 años y otro a partir de los 45 años especialmente en las mujeres (Figura 7).

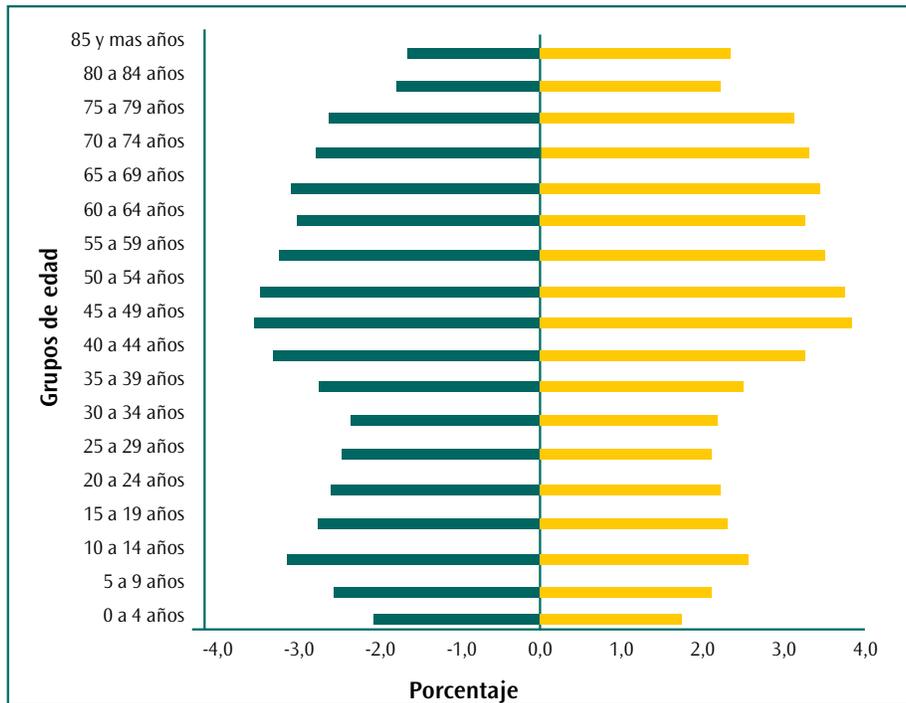
En la pirámide poblacional del registro, se observa que la discapacidad es mayor en las mujeres, aunque no en todas las edades y que esta aumenta progresivamente con la edad. Se observan dos ensanchamientos, en el grupo de edad de 10 a 14 años, especialmente en los hombres y otro, a partir de los 40 años en ambos sexos (Figura 8).

Figura 6. Pirámide poblacional Censo 2005.



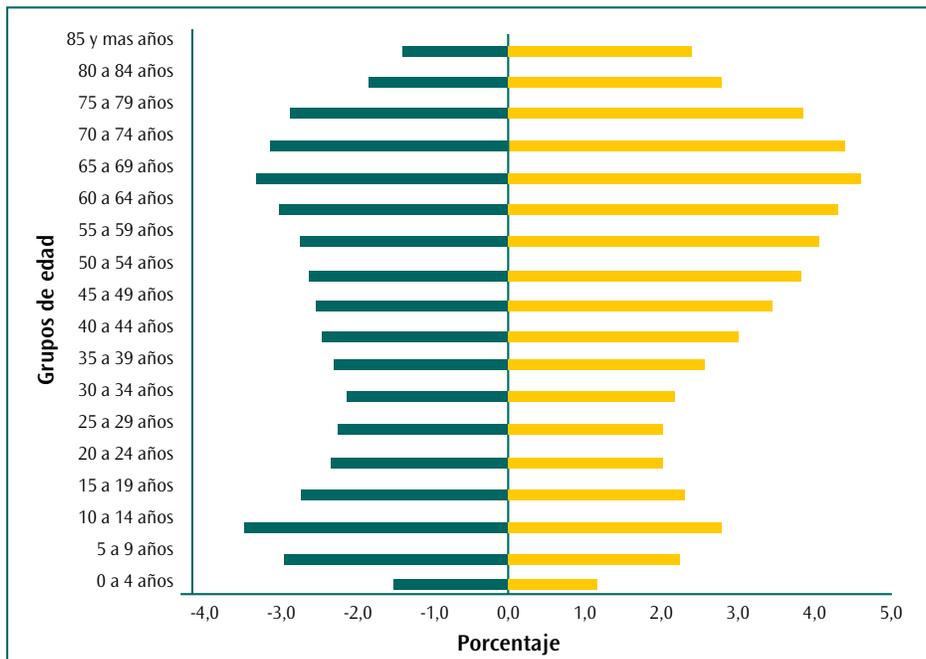
Fuente: Censo 2005. DANE.

Figura 7. Pirámide poblacional discapacidad Censo 2005.



Fuente: Sistema de consulta de información censal. Censo 2005

Figura 8. Pirámide poblacional RLCPD



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Distribución de la discapacidad por grupos de edad

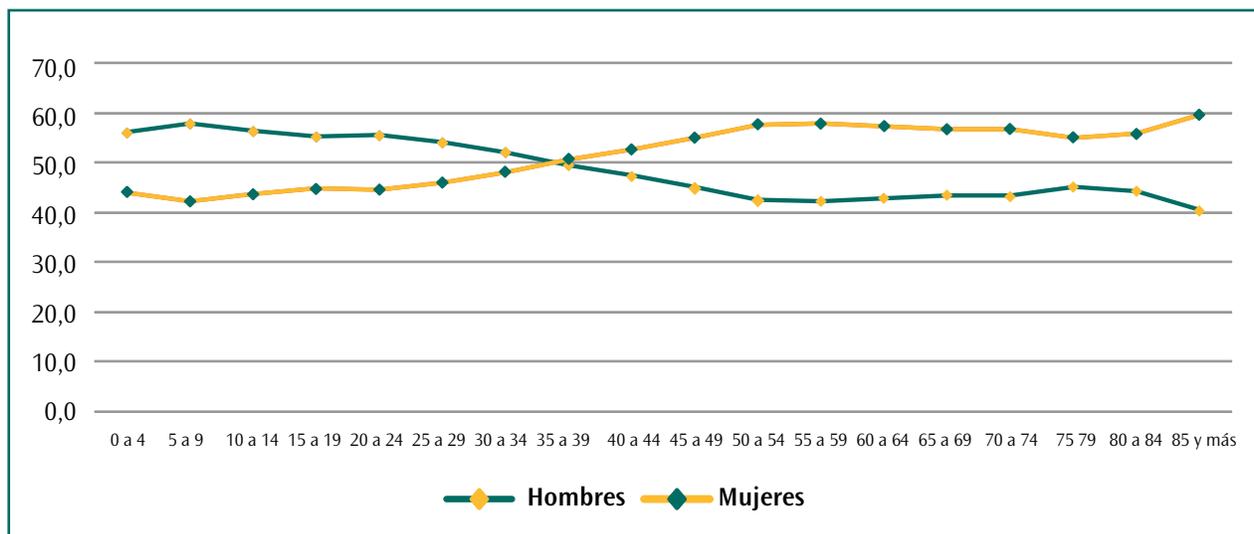
Las personas más afectadas por la discapacidad son los mayores de 45 años, especialmente en las mujeres como se aprecia en la tabla 8. En la gráfica 9 se observa que la discapacidad es más frecuente en los hombres durante los primeros años de vida sin embargo, a partir de los 35 años, se presenta un aumento de la discapacidad en las mujeres.

Tabla 8. Personas registradas en situación de discapacidad por grupos de edad

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-4	11.599	3.26	9.130	2.31	20.729	2.76
5-14	48.506	13.64	37.167	9.41	85.673	11.42
15-25	42.164	11.86	35.000	8.86	77.164	10.28
26-44	68.224	19.19	68.569	17.37	136.793	18.23
45-60	66.716	18.77	89.524	22.67	156.240	20.82
Mayores de 61	118.319	33.28	155.460	39.37	273.779	36.49
Total	355.528	47.38	394.850	52.62	750.378	100.00

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Figura 9. Distribución porcentual de las personas con registro según sexo y grupos de edad

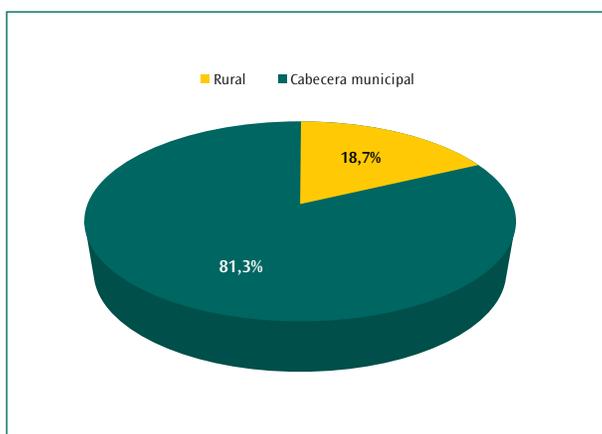


Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Ubicación Geográfica

El 81.8% (614.003), de la población registrada, se encuentra en las cabeceras municipales y el 18.1% (136.375) se ubica en la zona rural (Figura 10). En Bogotá, las localidades con mayor número de personas en esta situación son: Kennedy (29.999), Rafael Uribe (20.317), San Cristóbal (14.762), Bosa (17.624), Engativá (13.042) y Ciudad Bolívar (12.770).

Figura 10. Porcentaje de población registrada según distribución geográfica.



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Estrato socioeconómico, etnia y afiliación al SGSSS

Más del 70% de las personas registradas pertenecen a los estratos 1 y 2 (Tabla 9). Según la etnia, prevalecen los mestizos con 92.1% (682.544), seguido por los de raza negra con 4.8% (35.445).

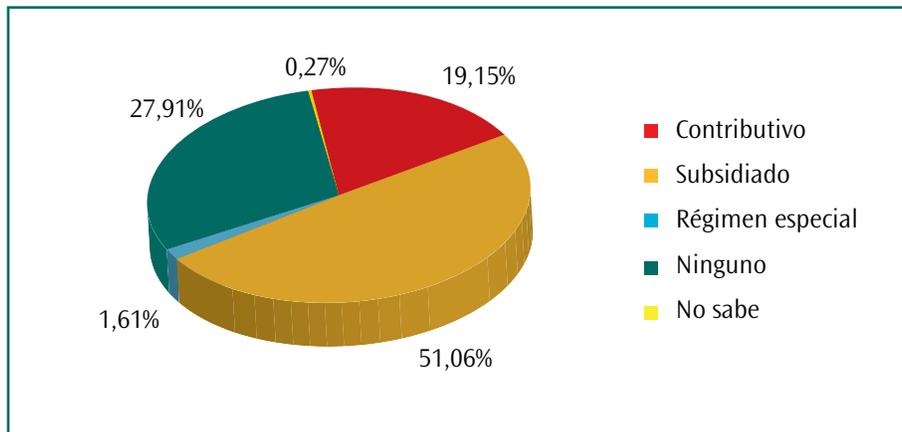
Tabla 9. Distribución por sexo y estrato de la vivienda

Estrato	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	159.056	49,40	162.897	50,60	321.953	43,03
2	124.294	46,26	144.372	53,74	268.666	35,91
3	48.953	42,61	65.937	57,39	114.890	15,35
4	3.993	41,60	5.606	58,40	9.599	1,28
5	736	45,38	886	54,62	1.622	0,22
6	165	48,82	173	51,18	338	0,05
Sin estratificar	17.276	55,44	13.883	44,56	31.159	4,16
Total registros con información	35.4473	47,38	393.754	52,62	748.227	100,00

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

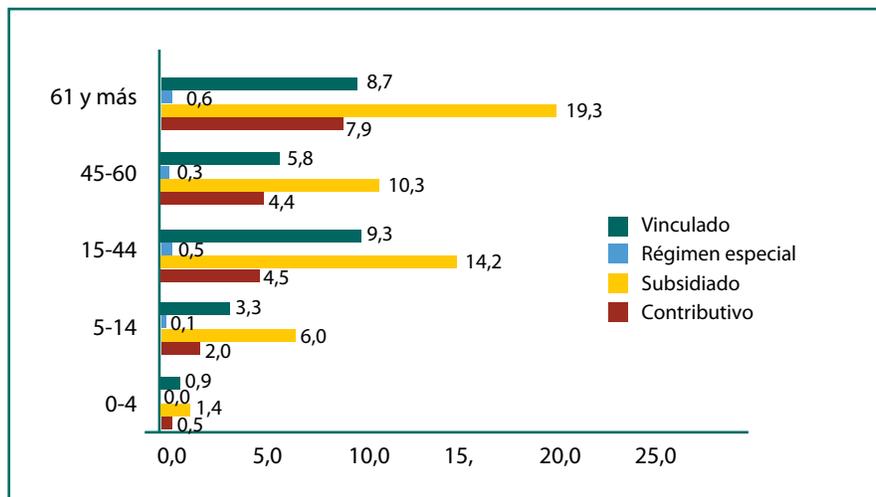
Con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 51.0% (379.419), pertenecen al régimen subsidiado, el 19.1% (142.274) al régimen contributivo, el 29.7% no tiene ningún tipo de afiliación (112.553), el 1.6% (11.961) pertenecen al régimen especial y el 0.2% (2.040) no sabe el tipo de afiliación (Figura 11). En la figura 12 se puede observar que en los grupos de edad económicamente activos existe un porcentaje alto de personas que se encuentran sin ningún tipo de afiliación, situación preocupante teniendo en cuenta que por su situación de discapacidad deberían encontrarse afiliados al sistema de salud.

Figura 11. Tipo de afiliación al SGSSS



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total registros con información 593.996.

Figura 12. Personas con registro según afiliación en salud y grupos de edad.

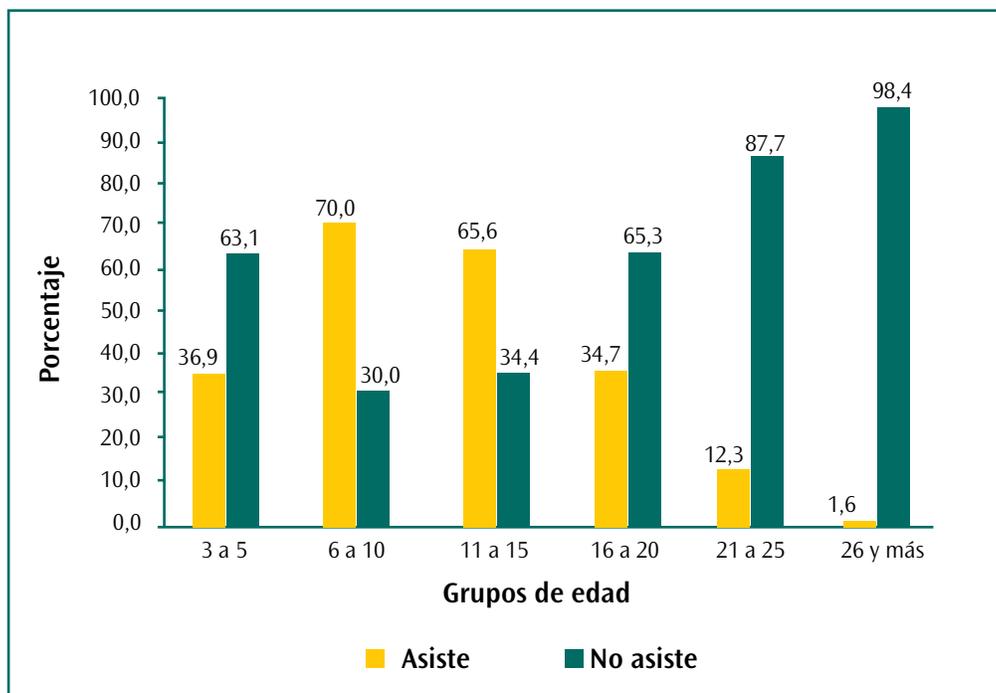


Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total registros con información 741.098

Educación

El 66.6% (426.431) de las personas de 15 años o más según el registro, saben leer y escribir. El 48,5% (75.217) de las personas entre 6 y 25 años asiste actualmente a algún centro educativo. La mayor asistencia se presenta en el grupo de edad de 6 a 10 años (24.433), seguida por el grupo de edad de 11 a 15 años (23.859) (Figura 13).

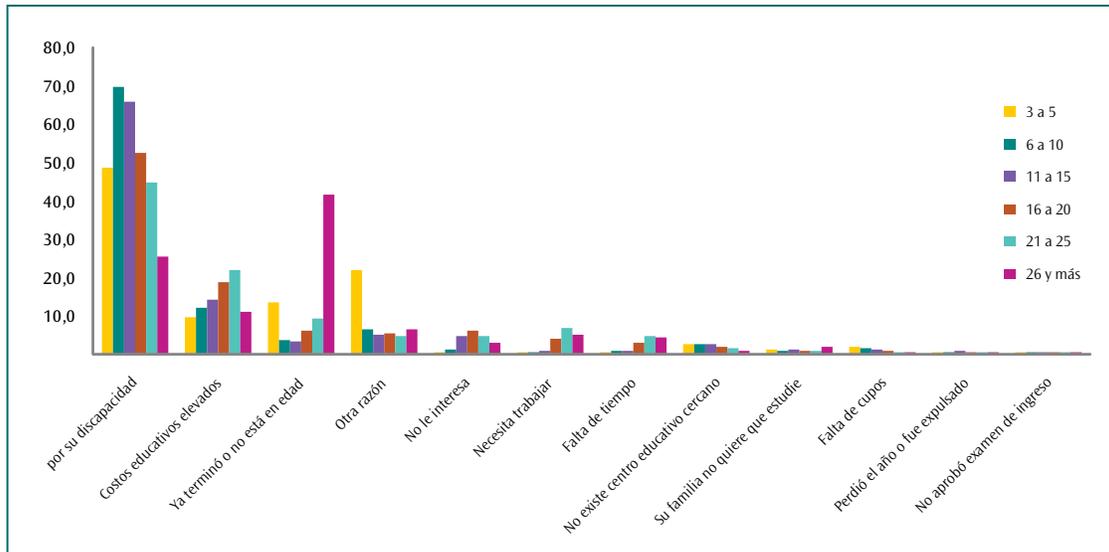
Figura 13. Asistencia escolar, según grupos de edad.



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros con información 733.709.

La principal razón por la cual las personas en edad escolar no asisten a los establecimientos educativos es por su discapacidad (Figura 14).

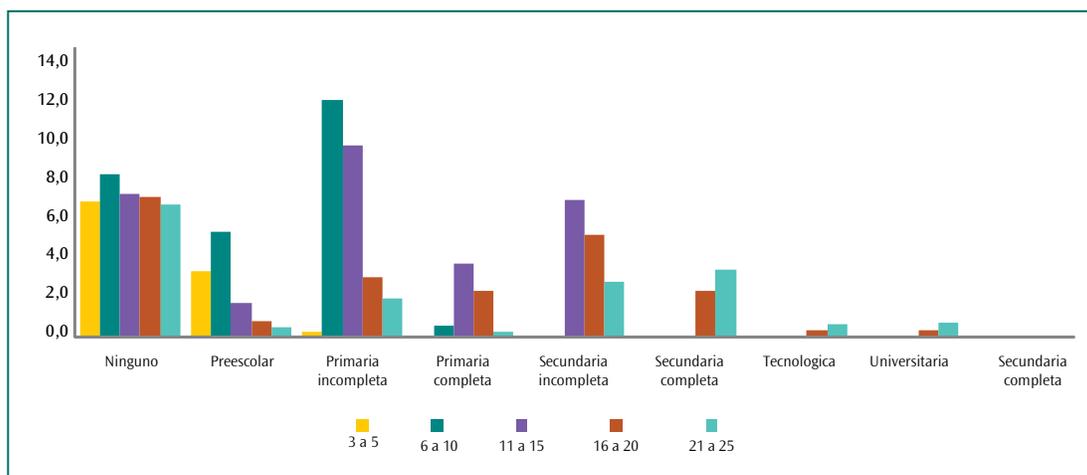
Figura 14. Razones de no asistencia según grupos de edad



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Por grupos de edad escolar, se observa que el 3.2% del grupo de 3 a 5 años, ha cursado el preescolar, el 11.5% del grupo de 6 a 10 años tienen primaria completa, el 9.3% del grupo de 11 a 15 años tienen primaria incompleta, el 5.0% del grupo de 16 a 20 años tiene secundaria incompleta y el 3.3% del grupo de 21 a 25 tienen secundaria completa (Figura 15).

Figura 15. Último año aprobado según grupos de edad



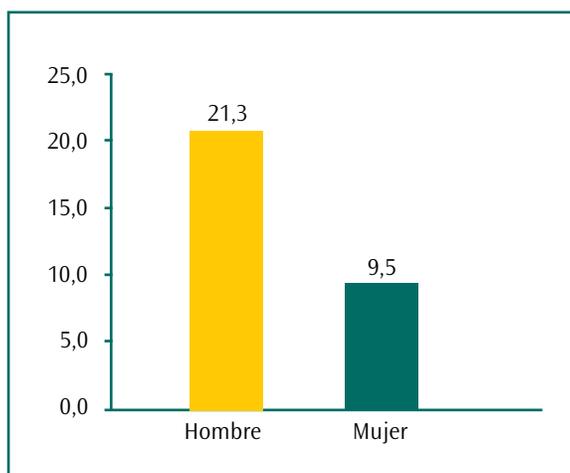
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total datos analizados 154.348

TRABAJO

Para esta variable se tomó la población de 10 años y más, para lo que se encontró un total de 690.796 registros. El 15.0% (103.741) de las personas de 10 años y más se encuentra trabajando, el 4.2% (28.643) se encuentra buscando trabajo y de estas, 10.460 tienen personas a cargo. La actividad económica de quienes se encuentran trabajando es principalmente la agrícola y de servicios.

Llama la atención que, de las personas que se encuentran trabajando, el 66.2% son hombres y el 33.8% son mujeres. Esto podría sugerir que en las mujeres existen mayores dificultades para conseguir trabajo o que las mujeres en situación de discapacidad realizan otras actividades como permanecer el hogar. (Figura 16).

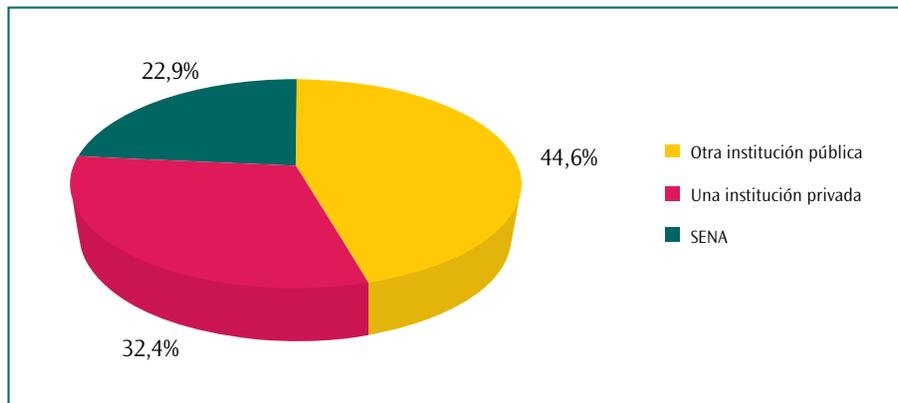
Figura 16. Distribución por sexo de las personas registradas que han trabajado durante los últimos 6 meses



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

El 95.1% (636.542) de las personas no ha recibido ninguna capacitación para el trabajo después de haber adquirido su discapacidad. La figura 17 presenta la distribución del tipo de institución donde han recibido capacitación.

Figura 17. Donde ha recibido la capacitación



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Características de la Discapacidad

Porcentaje de alteraciones permanentes registradas: Se presentaron 1.787.341 alteraciones permanentes (deficiencias) en 750.378 personas registradas, es decir que una persona puede presentar 2.4 deficiencias en promedio (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de las alteraciones permanentes por sexo, según registro

Alteración Permanente	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	171.083	46.69	195.354	53.31	366.437	20.50
Sistema Nervioso	148.123	47.33	164.853	52.67	312.976	17.51
Los ojos	137.393	44.69	170.039	55.31	307.432	17.20
Sistema cardiorrespiratorio y las defensas	93.662	40.22	139.196	59.78	232.858	13.03
La voz y el habla	76.131	54.00	64.852	46.00	140.983	7.89
Los oídos	69.621	49.05	72.314	50.95	141935	7.94
La digestión, metabolismo y hormonas	45.680	38.56	72.777	61.44	118.457	6.63
Sistema genital y reproductivo	28.645	49.45	29.282	50.55	57.927	3.24
Otra	19.728	45.50	23.635	54.50	43.363	2.43
La piel	16.136	42.95	21.430	57.05	37.566	2.10
Demás órganos de los sentidos	13.217	48.22	14.190	51.78	27.407	1.53
Total	819.419	46.00	967.922	56.00	1.787.341	100

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Al caracterizar las alteraciones permanentes de acuerdo con el número de personas en el registro, se observa que las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo fueron las más frecuentes con un 48.8% (366437/750.378), seguidas por las del sistema nervioso con el 41.7% (312976/750.378) y la visión con 40.9% (307432/750.378) (Figura 18).

Figura 18. Proporción de alteraciones permanentes en las personas registradas.

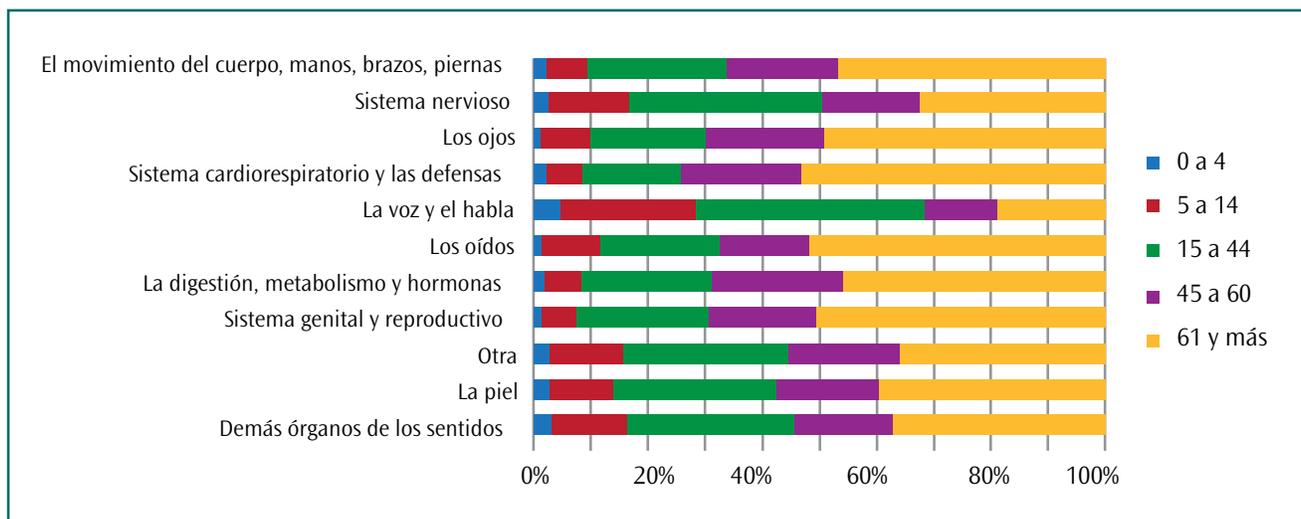


Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total 750.378

El registro indagó sobre cual era la alteración permanente que más le afectaba, dado que una persona podría registrar más de una alteración permanente. El 30.5% (228.632) refirió las alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como aquella que más le afectaba, seguidas por el sistema nervioso 20.5% (154.015) y el sistema cardiorrespiratorio y las defensas con 14.9% (112.385)

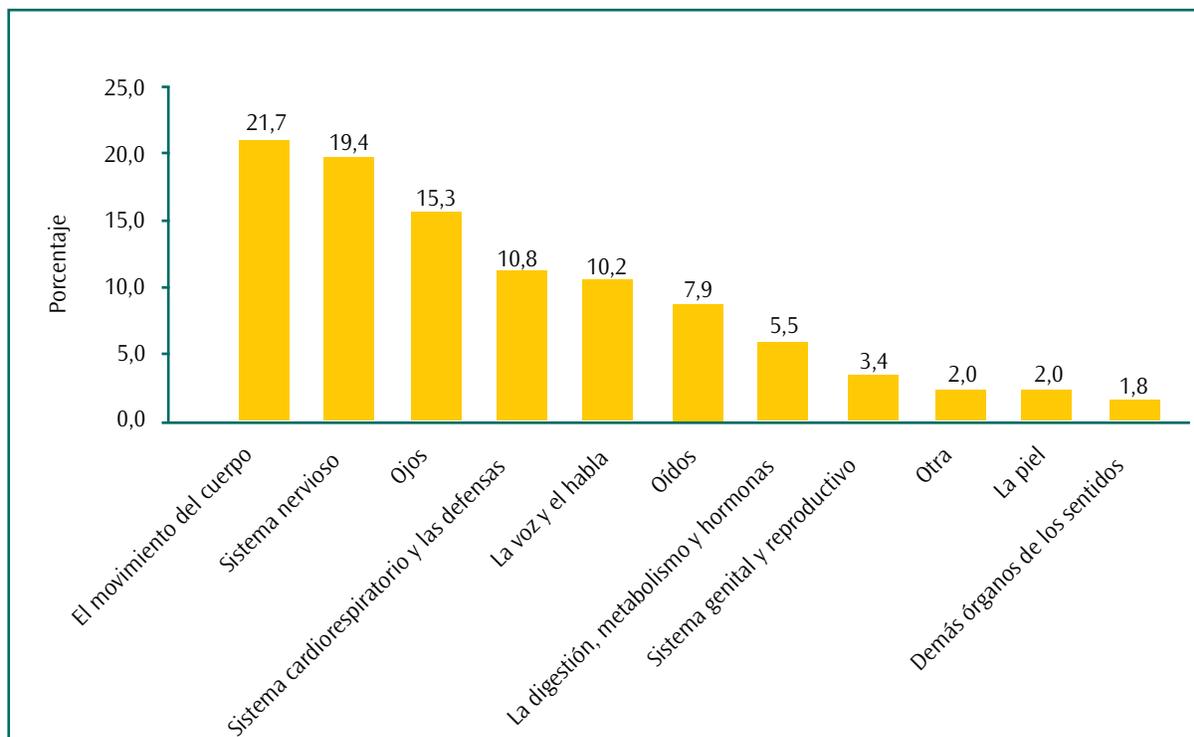
La distribución por grupos de edad muestra que los grupos de 0 a 4 años, 5 a 14 y 15 a 44 años tienen una mayor proporción de alteraciones de la voz y el habla, el grupo de 45 a 59 años de alteraciones en la digestión y el sistema cardiorrespiratorio y en los mayores de 60 años de alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio, oídos, movimiento, ojos etc. (Figura 19).

Figura 19. Distribución de las alteraciones permanentes por grupos de edad



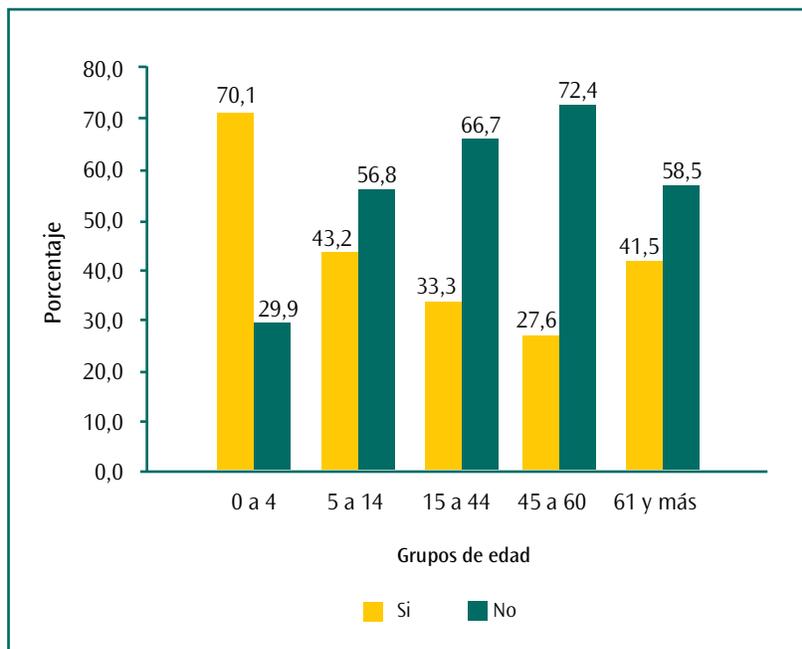
Las alteraciones que requieren la ayuda permanente de otras personas son las relacionadas con el movimiento, el sistema nervioso y los demás órganos de los sentidos; por grupos de edad, los que requieren la ayuda permanente de otra persona son principalmente los menores de 14 años (Figuras 20 -21).

Figura 20. Personas con registro que requieren la ayuda permanente de otras personas



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total alteraciones permanentes que requieren la ayuda de otra persona 755.865.

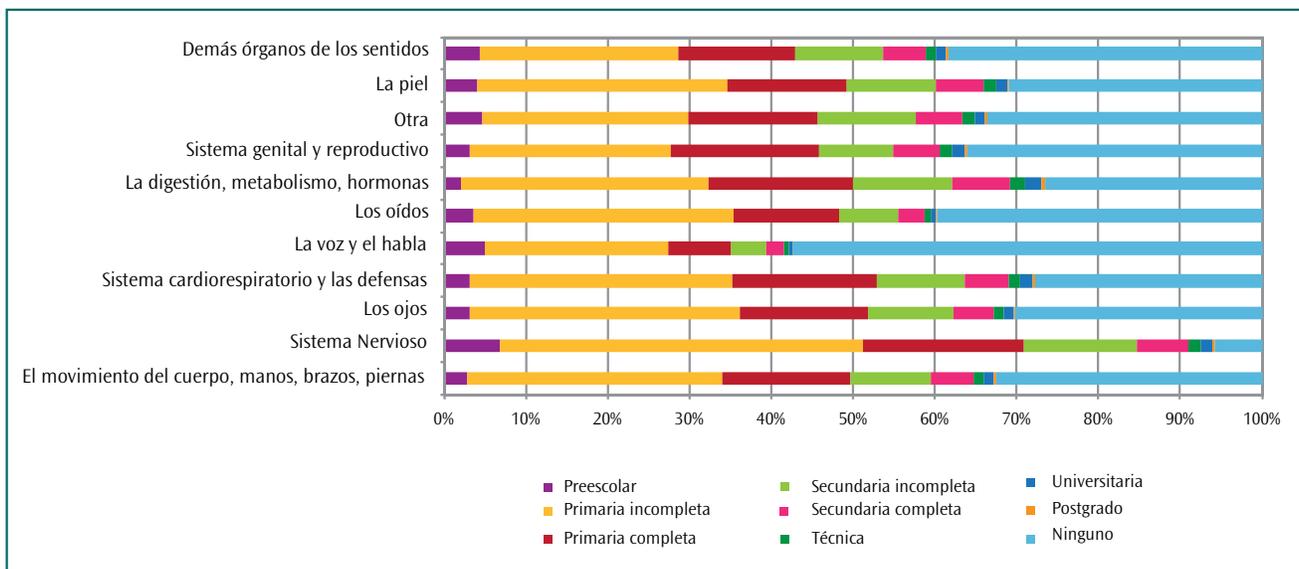
Figura 21. Personas con registro que requieren ayuda de otras personas, por grupos de edad



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

De acuerdo con las alteraciones permanentes, un alto porcentaje de personas no alcanzó ningún nivel educativo, especialmente quienes presentaron alteraciones permanentes en la voz, el habla y los oídos (Figura 22).

Figura 22. Nivel educativo alcanzado en personas registradas, según alteraciones permanentes



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Limitaciones en actividades cotidianas

En esta sección, se presenta la distribución de las limitaciones para realizar actividades cotidianas a diferencia de la sección anterior en la cual se revisaron las alteraciones permanentes. Del total de registros, se reportaron 2.042.244 dificultades permanentes en actividades diarias, es decir que por persona existen 2.7 limitaciones para realizar actividades cotidianas en promedio. La principal dificultad según el registro es caminar, correr, saltar, seguida por las dificultades para pensar o memorizar (Tabla 11).

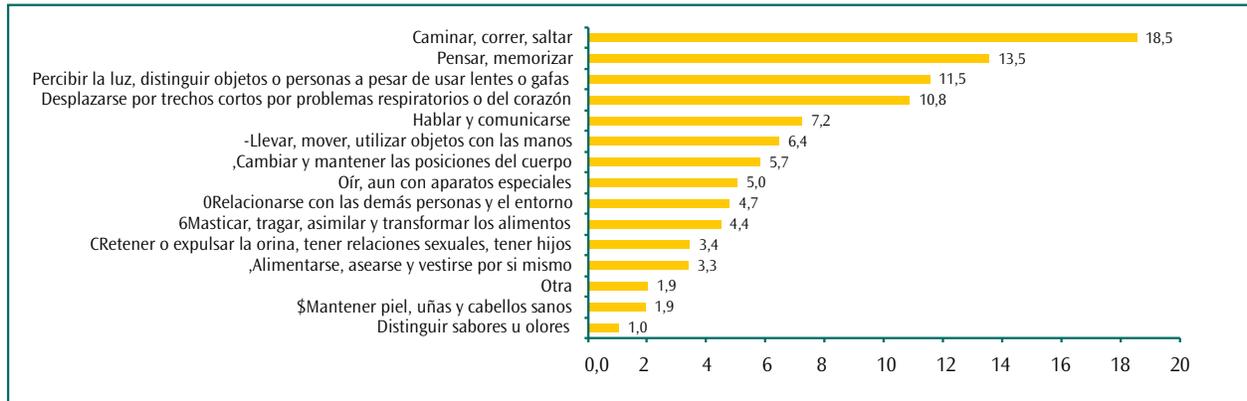
Tabla 11. Distribución por sexo de las limitaciones en personas registradas

Presenta dificultades permanentes para	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Caminar, correr, saltar	171.296	45.24	207.334	54.76	378.630	18.5
Pensar, memorizar	129.713	46.89	146.922	53.11	276.635	13.5
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	105.379	44.67	130.507	55.33	235.886	11.6
Desplazarse por trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	89.400	40.30	132.416	59.70	221.816	10.9
Hablar y comunicarse	79.393	53.86	68.005	46.14	147.398	7.2
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	62.481	47.51	69.034	52.49	131.515	6.4
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	54.168	45.76	64.202	54.24	118.370	5.8
Oír, aun con aparatos especiales	50.967	49.65	51.681	50.35	102.648	5.0
Relacionarse con las demás personas y el entorno	50.090	51.38	47.393	48.62	97.483	4.8
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	36.235	39.54	55.414	60.46	91.649	4.5
Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	33.546	48.65	35.409	51.35	68.955	3.4
Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	33.998	48.54	36.047	51.46	70.045	3.4
Otra	19.256	47.24	21.506	52.76	40.762	2.0
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	17.029	43.40	22.210	56.60	39.239	1.9
Distinguir sabores u olores	10.035	47.31	11.178	52.69	21.213	1.0
Total	942.986	46.2	1.099.258	53.8	2.042.244	100.0

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Al analizar cada una de las limitaciones con el total de registros, se encuentra una que las limitaciones para caminar, correr, saltar y para pensar y memorizar son las más frecuentes. (Figura 23).

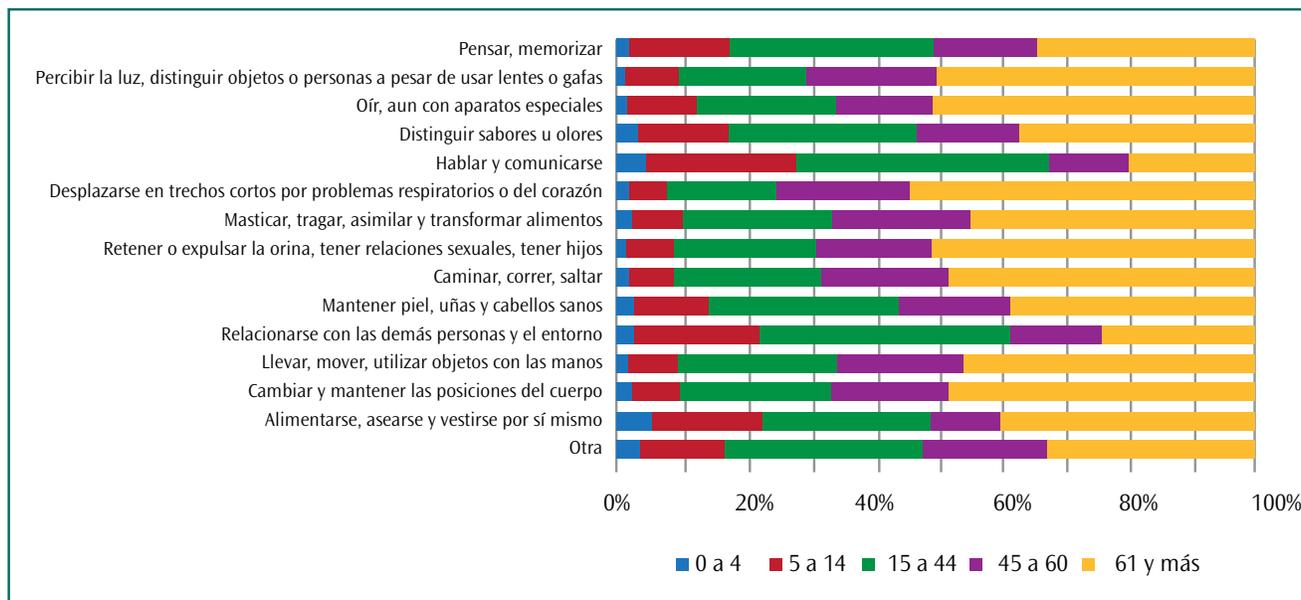
Figura 23. Proporción de limitaciones para realizar actividades cotidianas en las personas registradas



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total 750.378

La distribución de las limitaciones por grupos de edad, muestra que las personas de 60 y más años presentan mayores dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas como desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón, oír aún con aparatos especiales entre otras (Figura 24).

Figura 24. Distribución de las limitaciones por grupos de edad

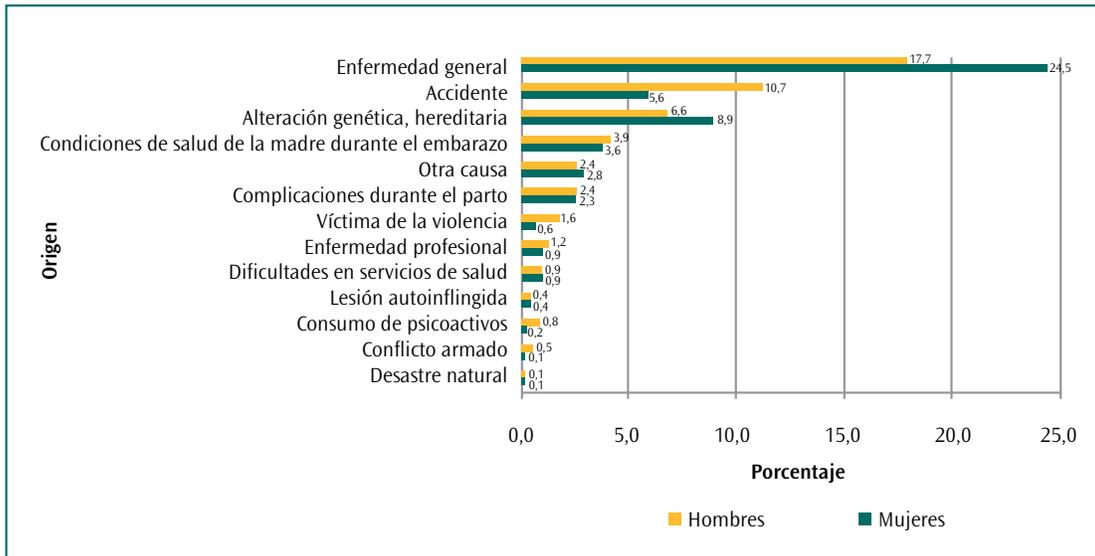


Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total 750.378

Factores asociados a la discapacidad

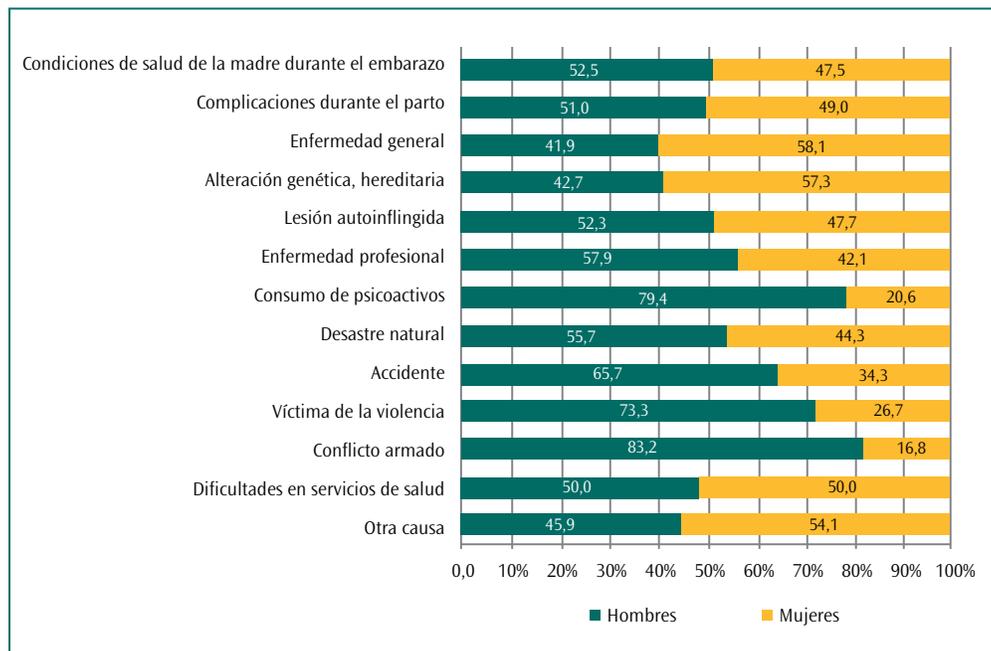
Con respecto al origen de la discapacidad, el 34.2% (493.330) de las personas en esta situación no conocen el origen de su discapacidad. Quienes lo conocen, la atribuyen principalmente a enfermedad general, alteraciones genéticas y accidentes. El origen de las alteraciones permanentes por enfermedad general es mayor en las mujeres que en los hombres, distinto a lo observado en las alteraciones originadas por accidentes, la cual es mayor en los hombres respecto a las mujeres (Figuras 25 - 26).

Figura 25. Origen de la discapacidad en las personas registradas



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Conocen origen 493.319

Figura 26. Origen de la discapacidad según género

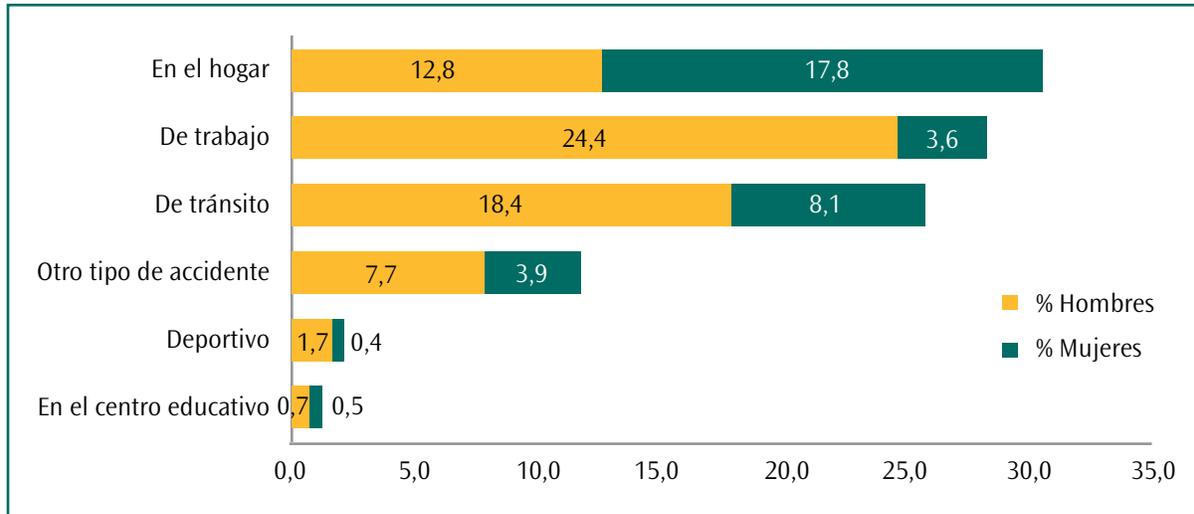


Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total 493.319 conocen origen.

Al desagregar las causas de discapacidad por accidente, violencia, enfermedad profesional, dificultades en los servicios de salud, conflicto armado y desastres naturales se observa que la distribución cambia de acuerdo con el género. Así, en la discapacidad originada por accidentes, prevalecen los ocurridos en

el hogar, con una mayor proporción en las mujeres, mientras que los accidentes de trabajo y de tránsito afectan en su mayoría a los hombres (Figura 27).

Figura 27. Discapacidad originada por accidente (16.3%)



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros por accidente 80.338.

En las discapacidades originadas por violencia, se observa que la delincuencia común es mayor en los hombres con el 42.4%, mientras que la violencia al interior del hogar es mayor en las mujeres con 14.2% (Figura 28).

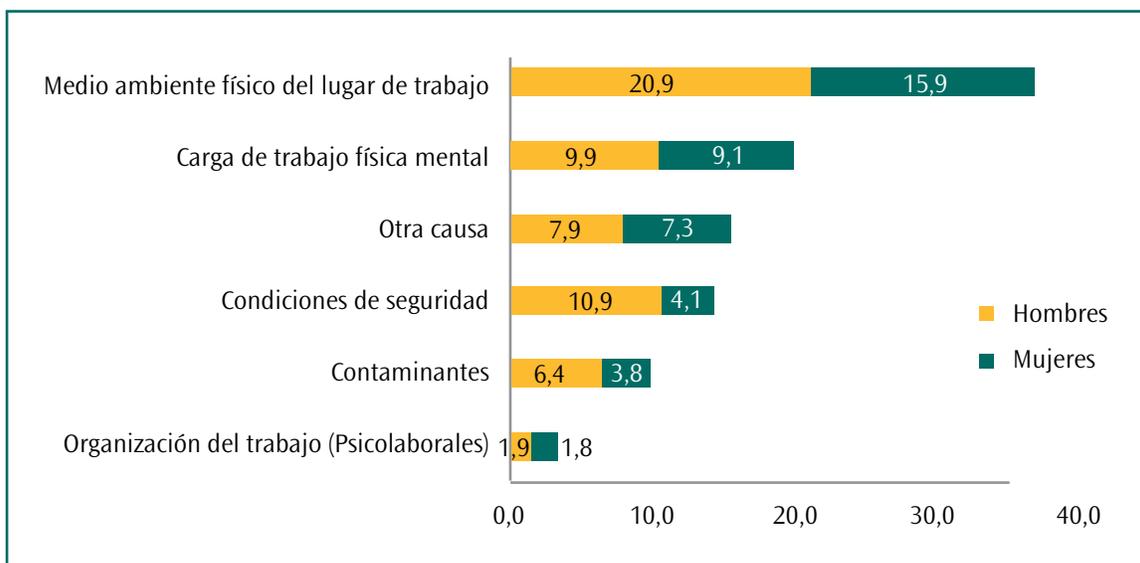
Figura 28. Discapacidad originada por violencia (2.2%)



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros por violencia 10.983.

El medio ambiente físico del lugar de trabajo y la carga de trabajo física o mental son las principales causas de discapacidad por enfermedad profesional con proporciones similares en ambos sexos (Figura 29).

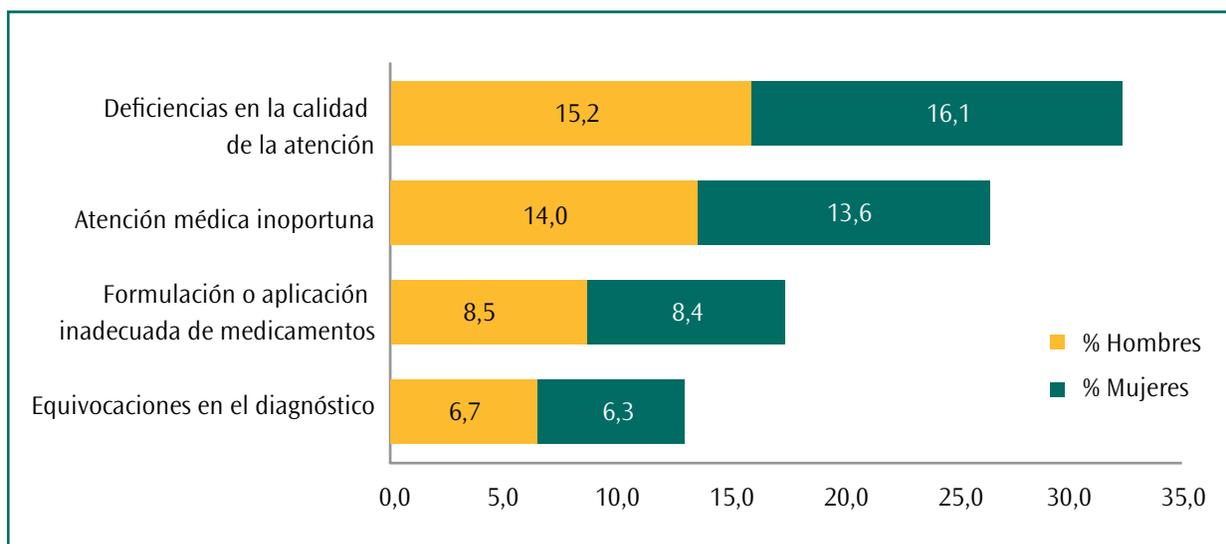
Figura 29. Discapacidad originada por enfermedad profesional (2.1%)



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros por enfermedad profesional 10.033.

En la discapacidad originada por dificultad en los servicios de salud, prevalecen las discapacidades originadas por deficiencias en la calidad de la atención y por atención médica inoportuna con una proporción similar en ambos sexos (Figura 30).

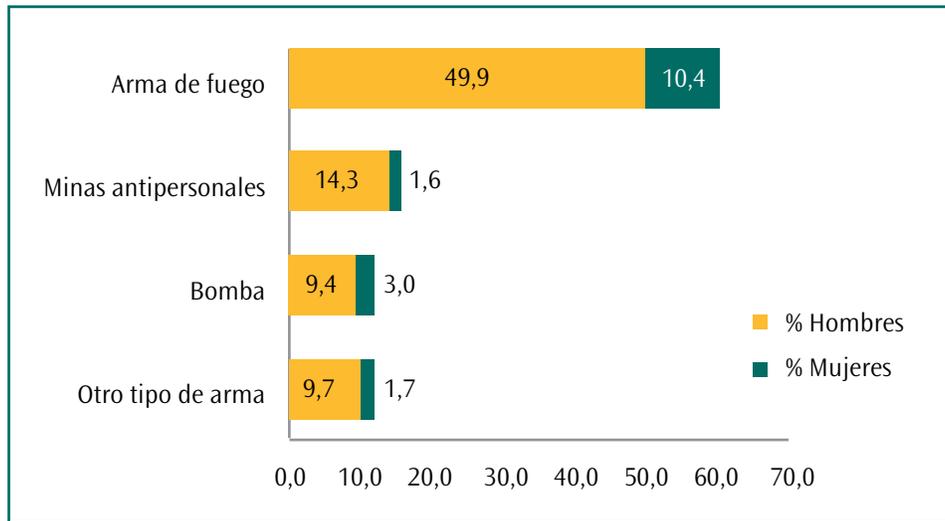
Figura 30. Discapacidad originada por dificultades en la prestación de servicios de salud (1.8%)



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros por dificultad en los servicios de salud 8.479.

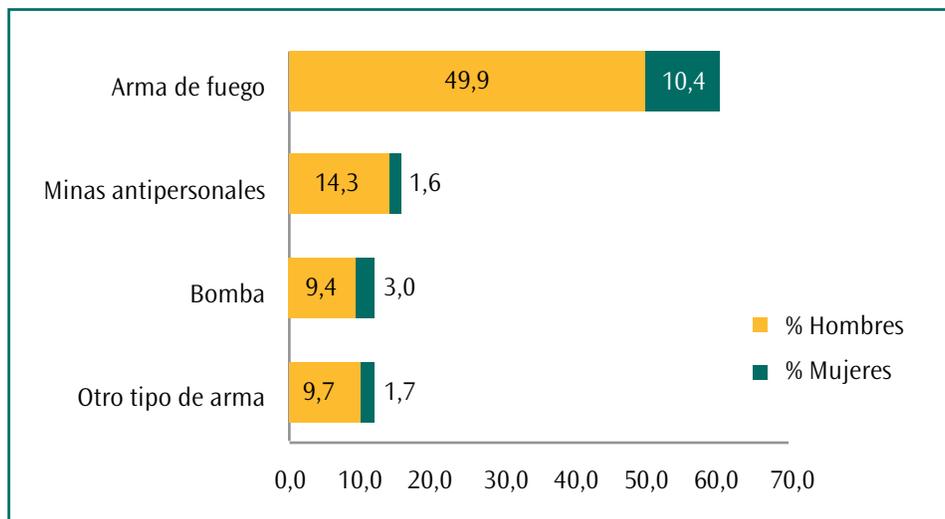
Las personas registradas que atribuyen su discapacidad al conflicto armado son en su mayoría hombres entre 15 y 44 años y la principal causa dentro de esta clasificación es la discapacidad causada por arma de fuego y minas antipersonales (Figuras 31 - 32).

Figura 31. Discapacidad ocasionada por conflicto armado (0.6%)



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total registros por conflicto armado 2.974.

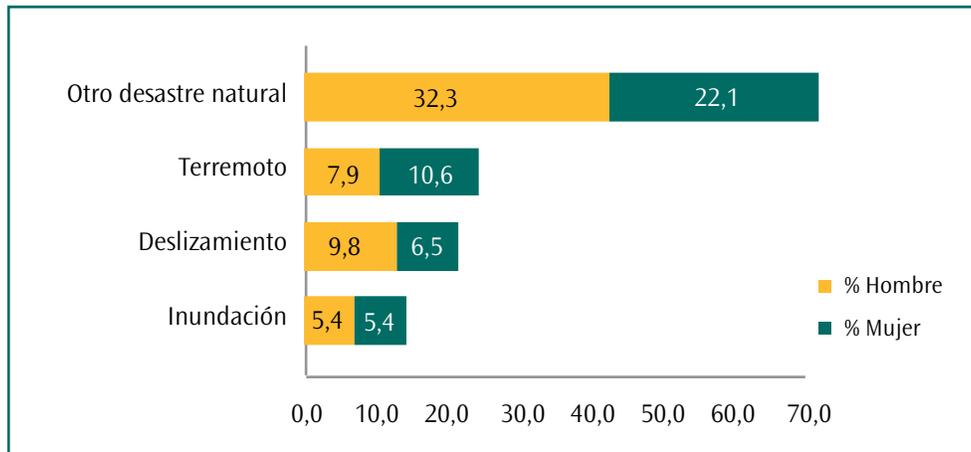
Figura 32. Discapacidad por conflicto armado según grupos de edad



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Un pequeño porcentaje de la discapacidad es causada por desastres naturales, siendo la principal causa los desastres diferentes a los mencionados en la gráfica (Figura 33).

Figura 33. Discapacidad originada por desastres naturales (0.2%)

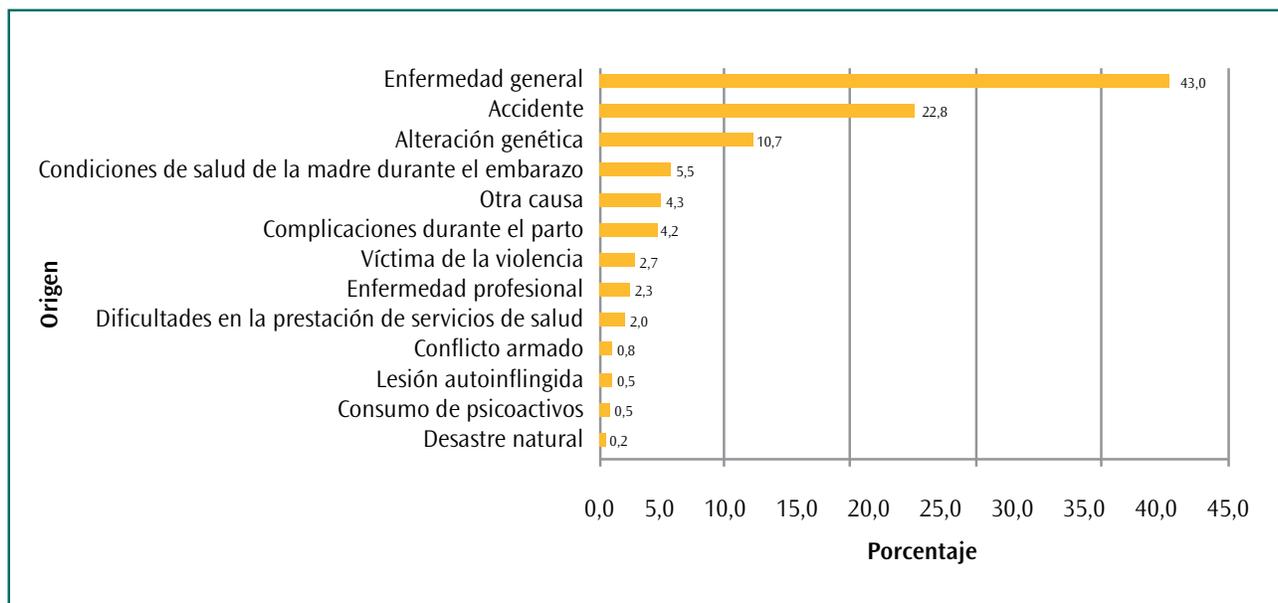


Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros por desastres naturales 907.

Alteraciones permanentes según origen

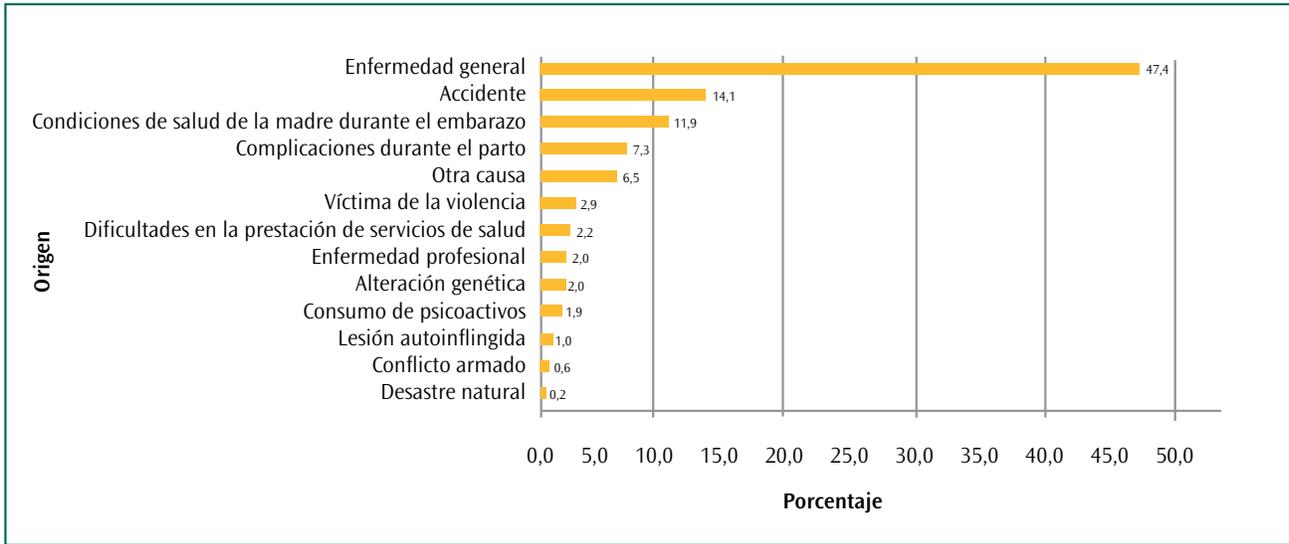
En cuanto al origen de la discapacidad y las alteraciones permanentes, se encuentra como principal causa la enfermedad general, sin embargo al observar cada una de las alteraciones con cada una de las causas, se presentan variaciones dependiendo de la alteración. Por ejemplo, la segunda causa de las alteraciones permanentes del movimiento son los accidentes, mientras que las alteraciones genéticas o hereditarias son la segunda causa de las alteraciones del sistema nervioso (Figuras 34 - 42):

Figura 34. Alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo según origen



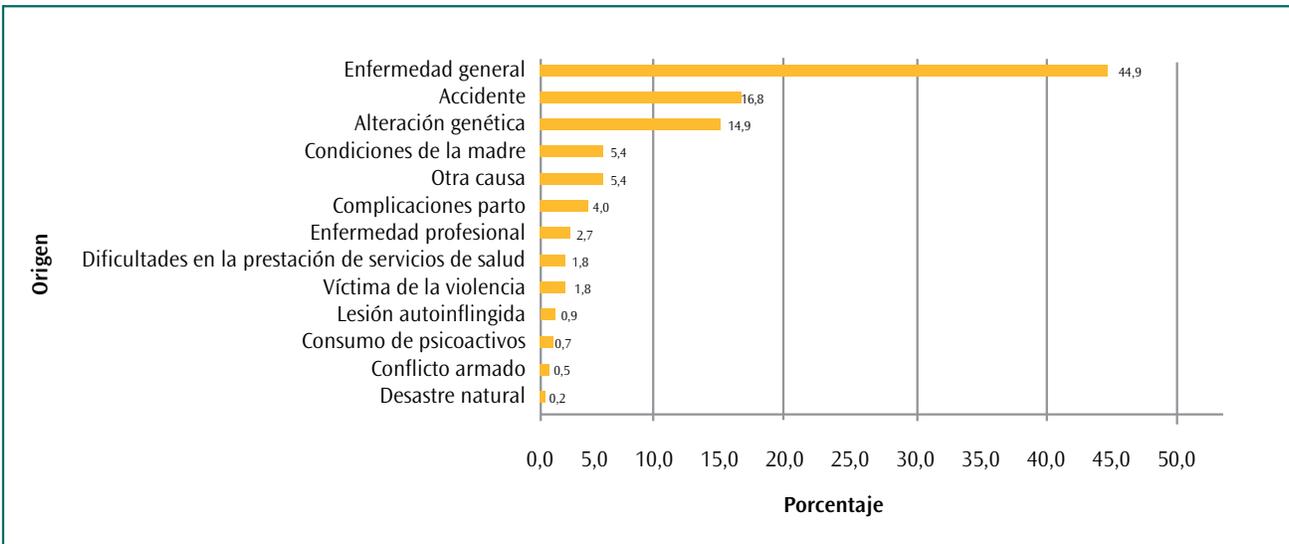
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros con alteraciones permanentes en el movimiento que conocen el origen 261.792.

Figura 35. Alteraciones permanentes en el sistema nervioso según origen



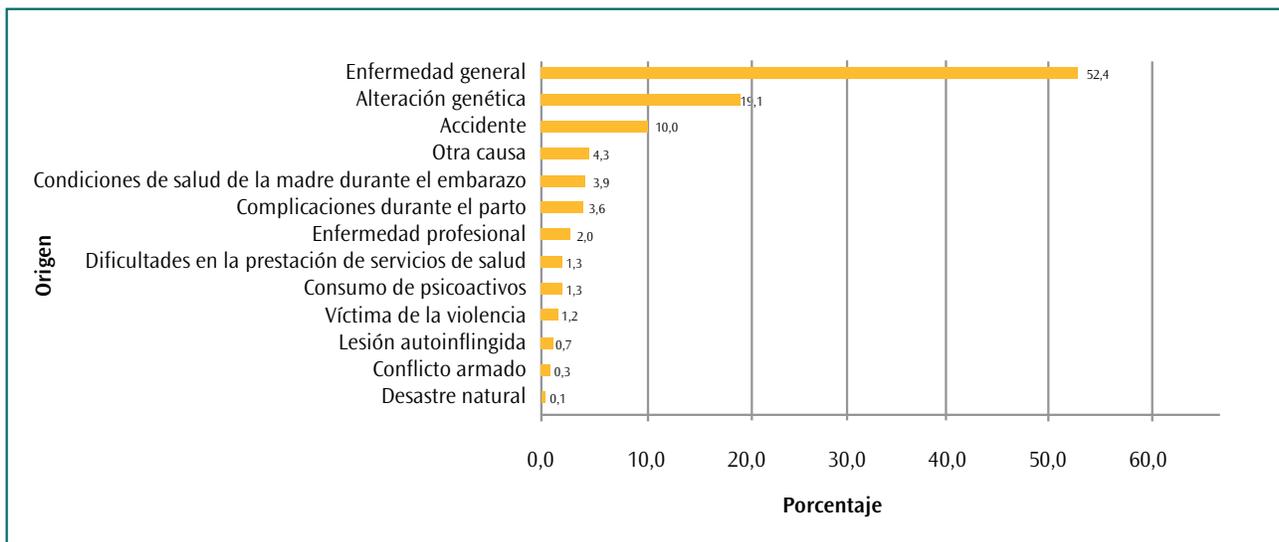
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros con alteraciones permanentes en el sistema nervioso que conocen el origen 173.596

Figura 36. Alteraciones permanentes en los ojos según origen



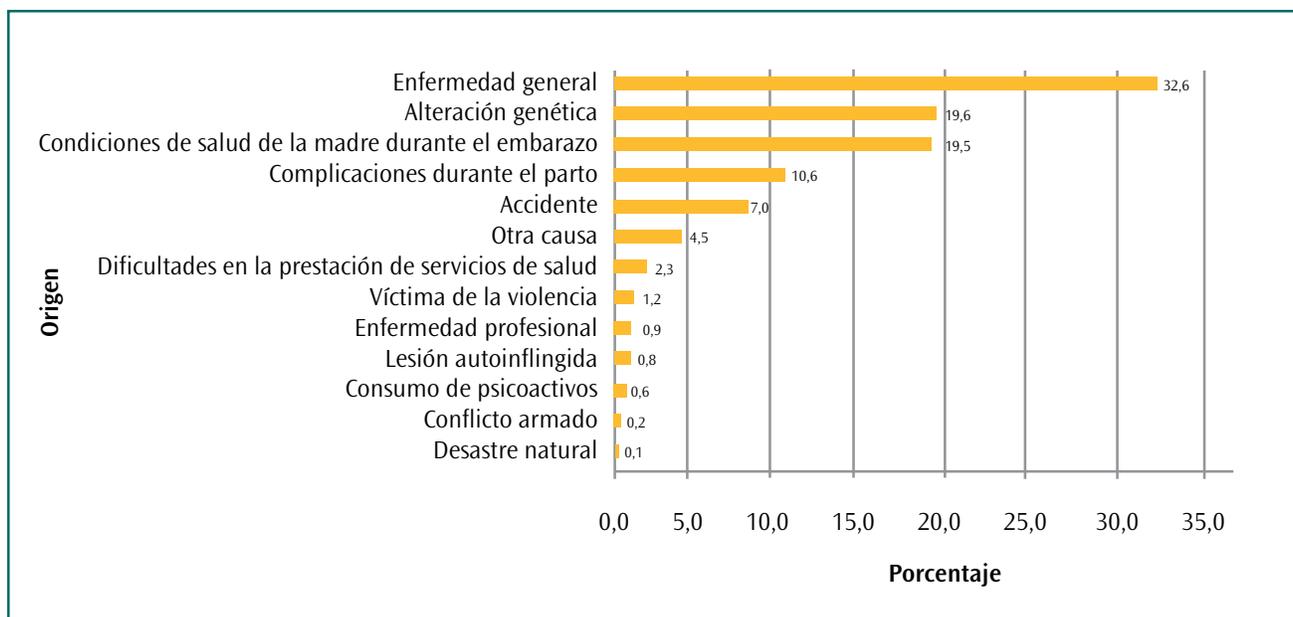
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros con alteraciones permanentes en los ojos que conocen el origen 198.487.

Figura 37. Alteraciones permanentes en el sistema cardiorespiratorio y defensas según origen



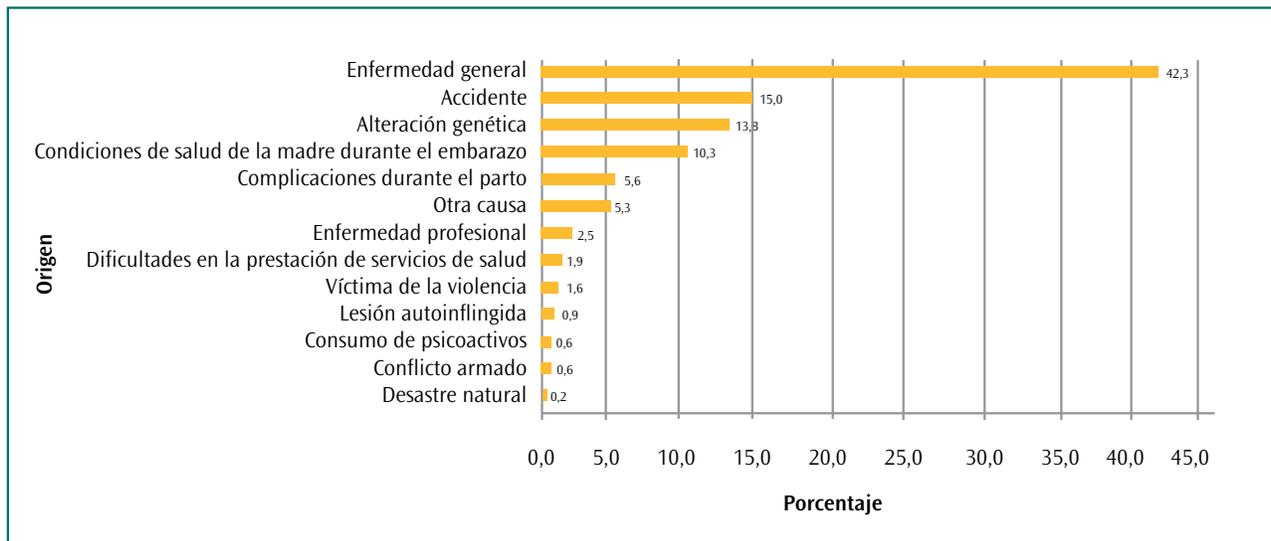
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros con alteraciones permanentes en el sistema cardiorespiratorio que conocen el origen 153.887.

Figura 38. Alteraciones permanentes en la voz y el habla según origen



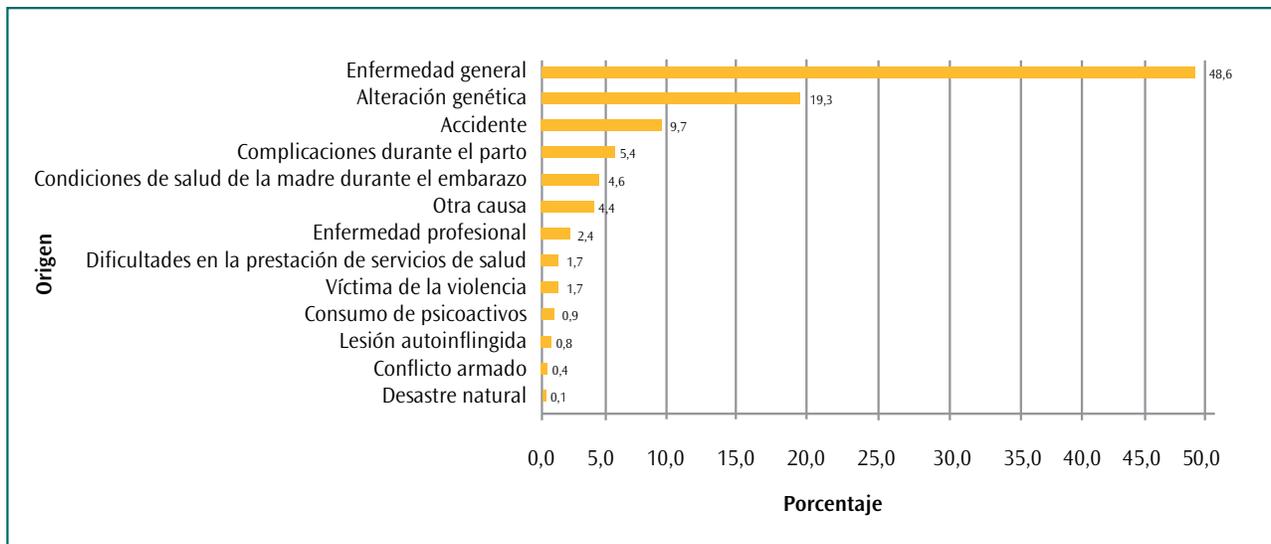
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros con alteraciones permanentes en la voz y el habla que conocen el origen 93.494.

Figura 39. Alteraciones permanentes en los oídos según origen



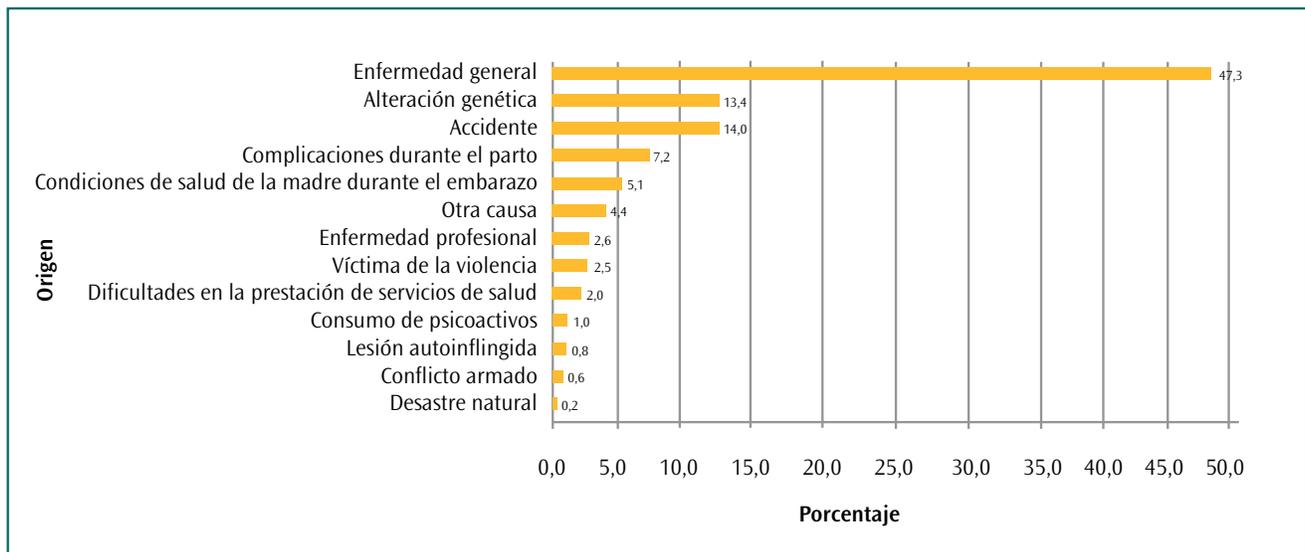
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
 Total registros con alteraciones permanentes en los oídos que conocen el origen 89.345.

Figura 40. Alteraciones permanentes de la digestión, metabolismo, hormonas según origen



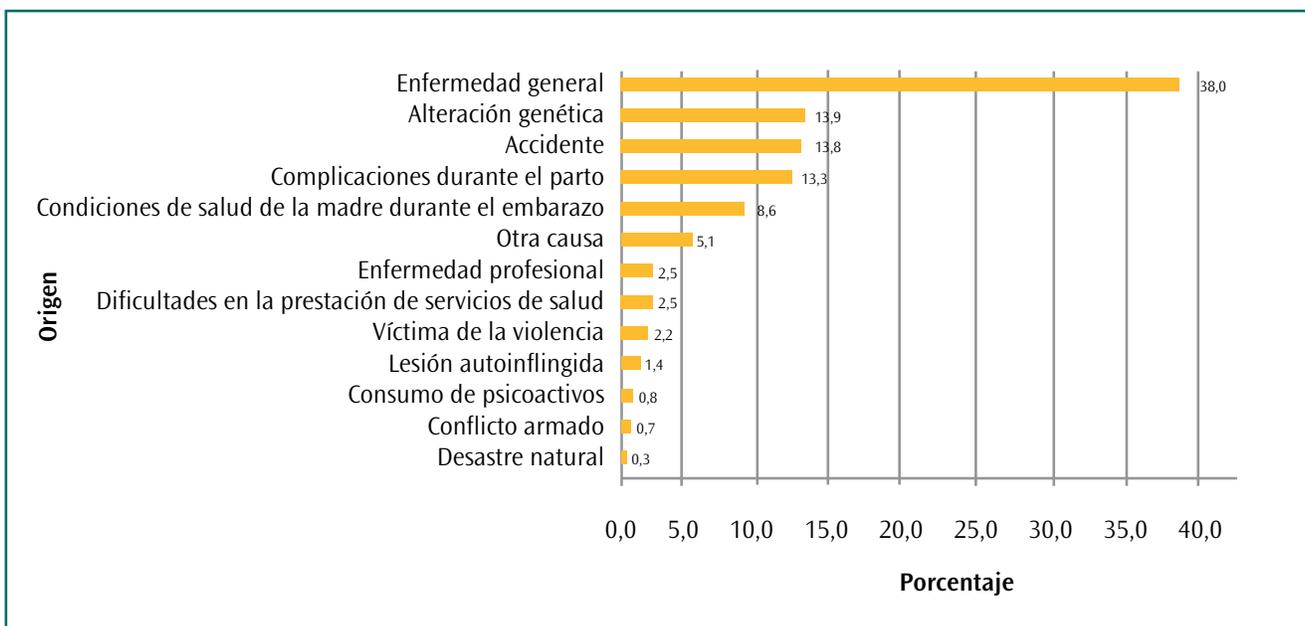
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
 Total registros con alteraciones permanentes en la digestión, metabolismo y las hormonas que conocen el origen 78.438.

Figura 41. Alteraciones permanentes en el sistema genital y reproductivo según origen



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros con alteraciones permanentes en el sistema genital y reproductivo que conocen el origen 39.975.

Figura 42. Alteraciones permanentes en los demás órganos de los sentidos según origen

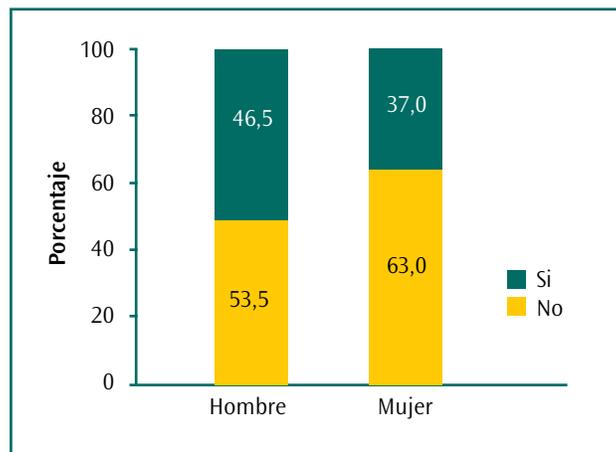


Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total registros con alteraciones permanentes en los demás órganos de los sentidos que conocen el origen 19.289.

Servicios de salud

Según el registro, el 47.4 % de las personas ha recibido orientación sobre el manejo de su discapacidad; al 46.5 % de los hombres y al 37.0 % de las mujeres no le han ordenado ayudas especiales (Figura 43); y el 84.2% cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes.

Figura 43. Personas registradas que actualmente utilizan ayudas especiales

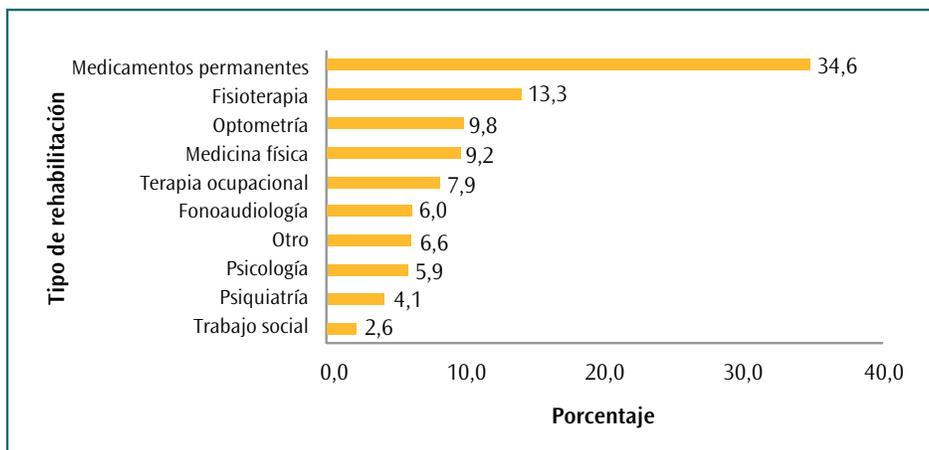


Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total registros 744.525.

Rehabilitación

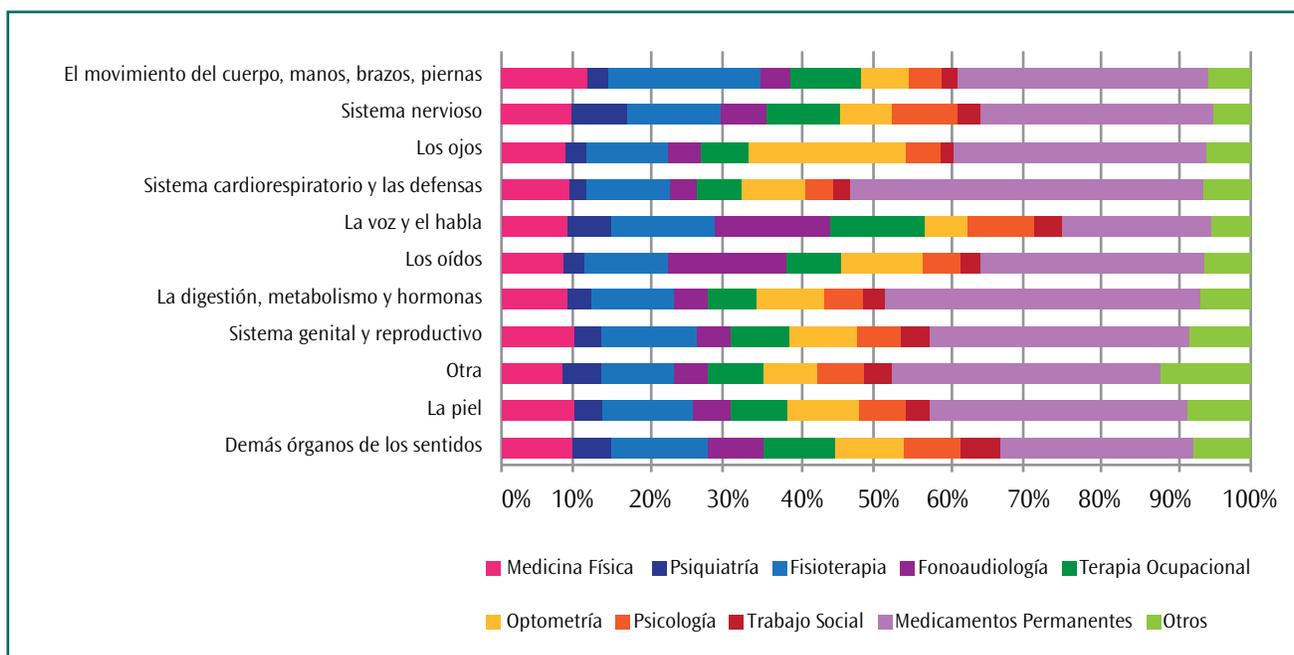
De los 750.378 registros, han sido ordenadas 980.547 tipos de rehabilitación, es decir que en promedio una persona ha recibido 1,2 tipos de rehabilitación. La ordenada con mayor frecuencia son los medicamentos permanentes, la fisioterapia y optometría (Figuras 44- 45). De acuerdo con el establecimiento en donde recibe la rehabilitación, predominan los de carácter público (Figura 46).

Figura 44. Tipo de rehabilitación ordenada



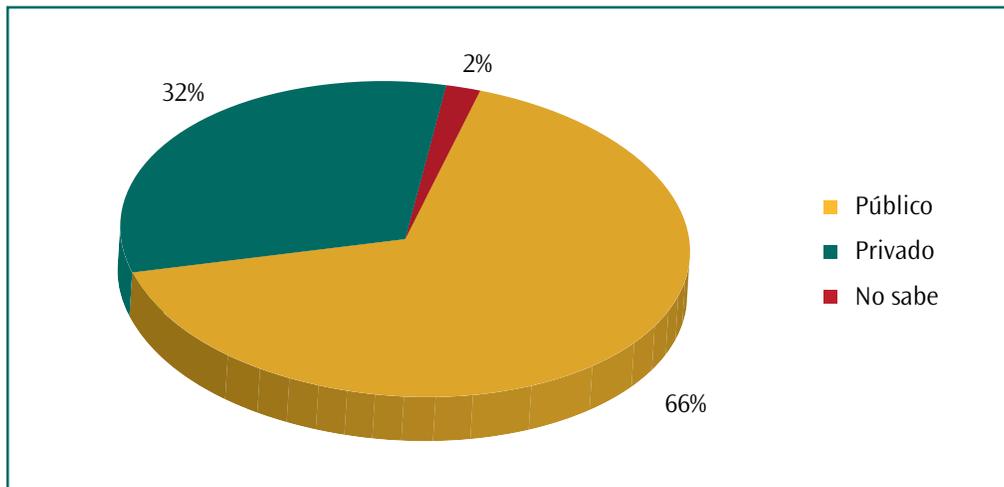
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total rehabilitaciones ordenadas 98.0547.

Figura 45. Rehabilitación ordenada según alteración permanente



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

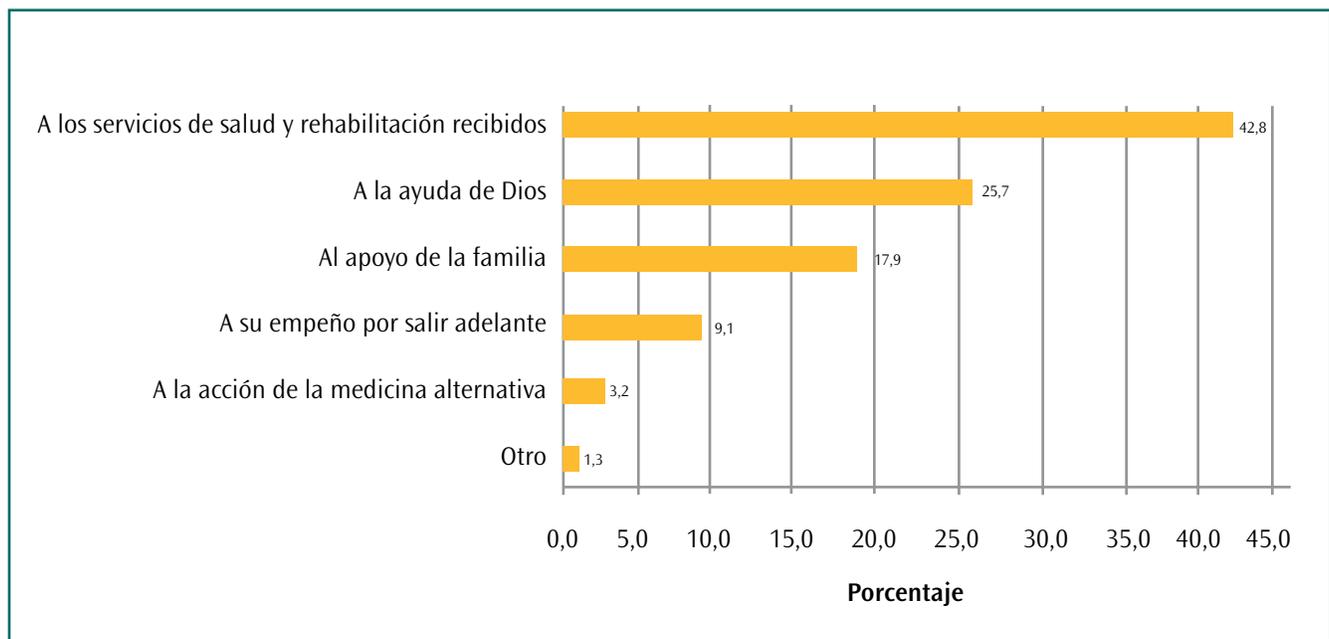
Figura 46. Establecimiento donde recibe la rehabilitación



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total asisten actualmente al servicio de rehabilitación 255.840.

Un aspecto importante respecto a la rehabilitación, es que el 77.4% de las personas con registro considera que no se está recuperando de su discapacidad, quienes se recuperan lo atribuyen principalmente a los servicios de salud, a la ayuda de Dios y al apoyo de la familia (Figura 47).

Figura 47. A que le atribuye la recuperación



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE. Total registros 161.173.

Situación socio-ambiental

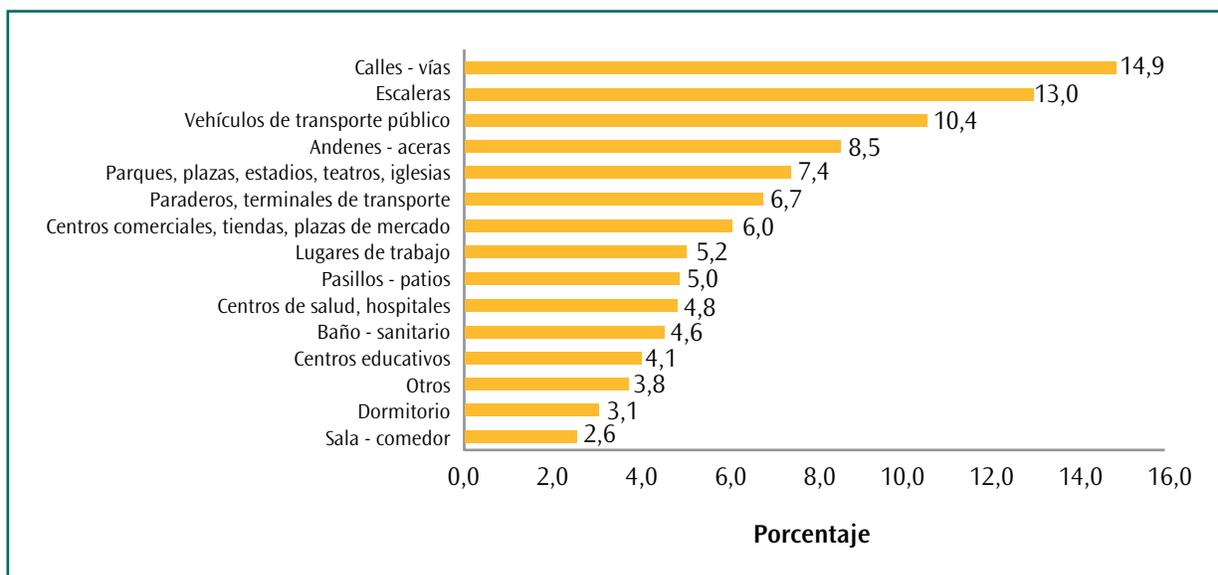
Participación (10 años y más 690.794)

Las principales actividades en las que participan las personas con limitaciones son las actividades con la familia y las actividades religiosas. En las que existe menos participación son las actividades productivas, culturales, ciudadanas, deportivas y con la comunidad. Según el género, existe mayor participación en las actividades productivas en los hombres, mientras que en las mujeres es mayor la participación en actividades religiosas.

Barreras

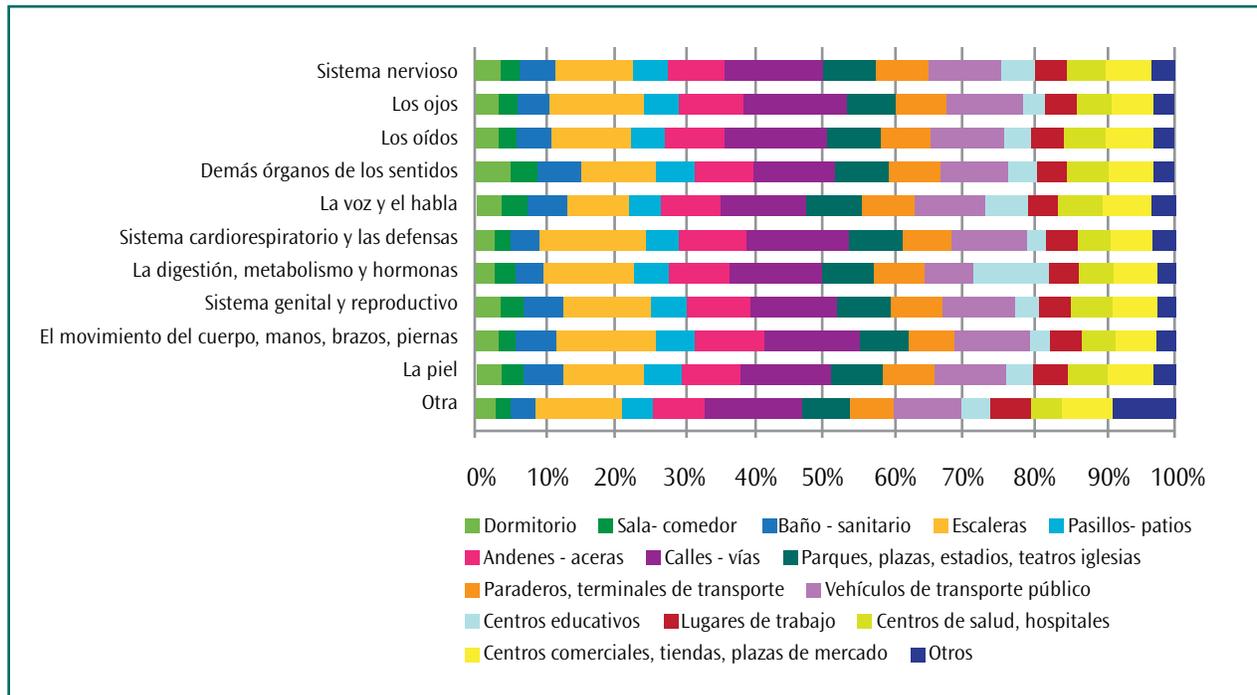
El total de barreras reportadas por las personas del registro es de 1.814.545, es decir que una persona encuentra 3.0 barreras físicas en promedio. Las principales barreras físicas para las personas con limitaciones son las calles con el 14.8% , las escaleras 13% y los vehículos de transporte público 10.6% (Figura 48). Al analizar las barreras según el tipo de alteración permanente, se observa que las personas con alteraciones en el movimiento presentan barreras en escaleras y en las calles o vías, mientras que lo que presentan alteraciones en la voz y el habla encuentran barreras en centros educativos, hospitales y centros comerciales (Figura 49).

Figura 48. Barreras físicas reportadas por las personas registradas



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.
Total barreras registradas 2.258.673

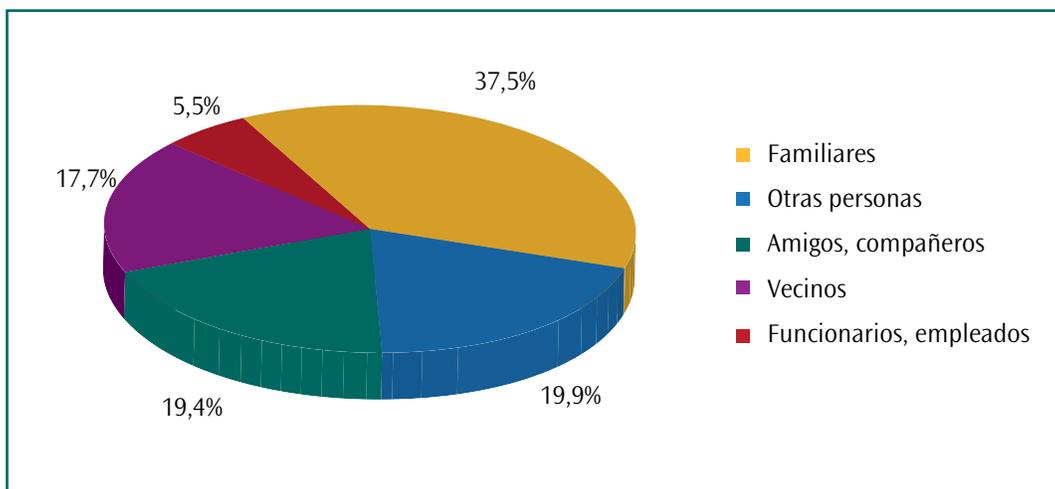
Figura 49. Barreras físicas según alteraciones permanentes



Barreras Conductuales

El 37.5% (64.414) de las personas perciben actitudes negativas de sus familias, seguidas por las de otras personas con el 19.9% (34.226). El grupo de edad de 0 -14 años se encuentra afectado por las actitudes negativas de sus familiares, el grupo de 5 – 14 años está afectado por las actitudes de sus amigos, lo cual puede incidir en la baja asistencia escolar y la participación en actividades (Figura 50- Tabla 12).

Figura 50. Actitudes negativas



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.

Tabla 12. Porcentaje de personas registradas que perciben actitudes negativas, por grupos de edad

Actitudes negativas	0-4	5-14	15-44	45-49	>60	Total
Familiares	2.7%	13.5%	31.3%	19.0%	33.7%	100%
Amigos	2.5%	30.9%	37.3%	13.0%	16.5%	100%
Vecinos	1.9%	14.3%	40.4%	19.4%	24.0%	100%
Funcionarios	1.5%	10.1%	44.0%	23.1%	21.5%	100%
Otras personas	2.3%	14.5%	36.8%	18.9%	27.3%	100%

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE.



COMPARACIÓN ENTRE INFORMACIÓN DEL CENSO GENERAL 2005 Y EL RPLCPD

Existen varios aspectos que llaman la atención al comparar los resultados del censo 2005 con el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, uno de ellos es la distribución por edad y sexo. En el censo 2005 la discapacidad se encuentra con mayor proporción en los hombres que en las mujeres en todas las edades excepto en el grupo de 85 años y más, distinto a lo encontrado en el registro, en donde las limitaciones se encuentran principalmente en las mujeres especialmente a partir de los 40 años. Con respecto a las limitaciones permanentes, la limitación más frecuente según el Censo 2005 fue para ver con un 43.2%, mientras que en el registro la más frecuente es para caminar con el 18.3% (Tabla 13).

Tabla 13. Comparación entre Censo 2005 y registro de discapacidad

CENSO GENERAL 2005	%	RLCPD	%
Limitaciones Permanentes para		Limitaciones Permanentes	
Ver	43.2%	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	11.6%
Moverse o caminar	29.9%	Caminar, correr, saltar	18.5%
Otra limitación	19.0%	Otra	2.0%
Oír aún con aparatos especiales	17.4%	Oír, aun con aparatos especiales	5.0%
Usar brazos o manos	14.9%	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	6.4%
Hablar	13.2%	Hablar y comunicarse	7.2%
Entender o aprender	12.3%	Pensar, memorizar	13.5%
Relacionarse con los demás	9.8%	Relacionarse con las demás personas y el entorno	4.8%
Su autocuidado	9.5%	Alimentarse, asearse y vestirse por si mismo	3.4%
		Mantener piel, uñas y cabellos sanos	1.9%
		Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	4.5%
		Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	3.4%
		Desplazarse por trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	10.9%
		Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	5.8%
		Distinguir sabores u olores	1.0%
Número de personas censadas/registradas			
2.651.701		750.378 diciembre de 2008	



ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES SOBRE DISCAPACIDAD SENTIDA

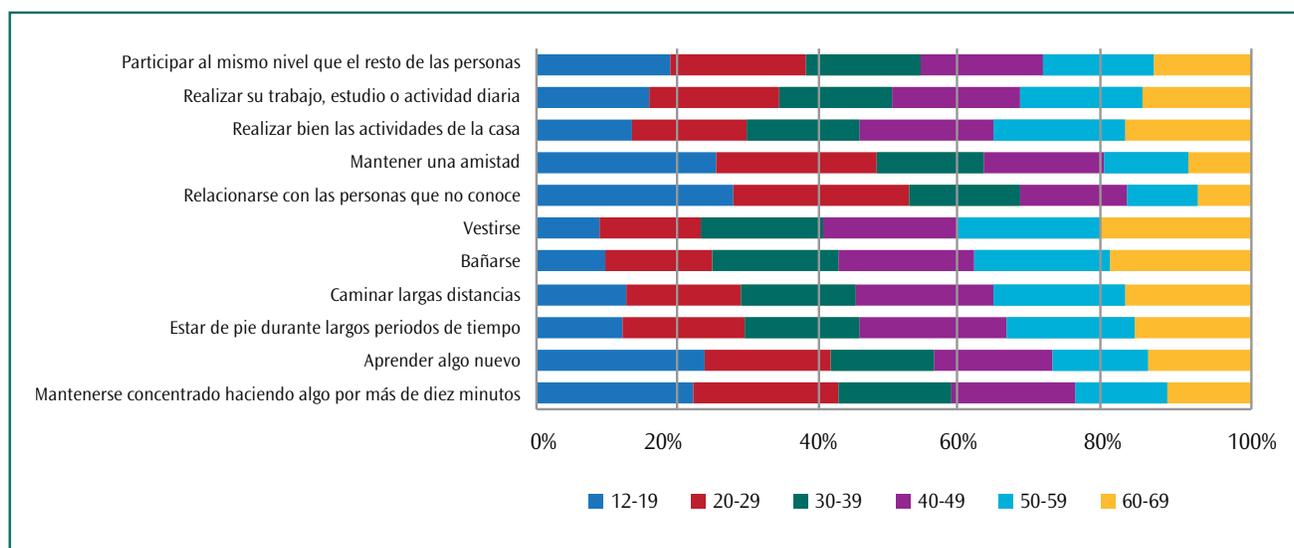
De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del año 2007 (ENS), prevalecen las dificultades de tipo leve y moderada, sin embargo, dificultades como bañarse, vestirse y mantener una amistad son las dificultades extremas que más sobresalen (Tabla 14). La distribución por sexo de las personas que respondieron tener algún grado de dificultad, muestra que en el caso de las mujeres se presentan en mayor proporción las dificultades para realizar bien las actividades de la casa y estar de pie durante largos periodos de tiempo. Es importante tener presente que el total de encuestados por la ENS, el 47,5% de la población fueron hombres y 52,5% mujeres.

Tabla 14. Dificultades durante los últimos 30 días

En los últimos 30 días y sin ayuda cuanta dificultad ha tenido para...	Leve %	Moderada %	Severa %	Extrema %
Mantenerse concentrado haciendo algo por más de diez minutos	68,63	20,19	6,56	4,53
Aprender algo nuevo	63,51	22,67	7,43	6,40
Estar de pie durante largos periodos de tiempo	55,79	28,60	11,21	4,40
Caminar largas distancias	51,84	30,74	12,33	5,09
Bañarse	48,84	23,95	13,10	14,11
Vestirse	50,66	23,82	13,13	12,39
Relacionarse con personas que no conoce	63,67	22,54	8,13	5,66
Mantener una amistad	58,76	21,55	9,18	10,51
Realizar bien las actividades de la casa	52,88	30,10	9,90	7,12
Realizar su trabajo, estudio o actividad diaria	49,55	31,91	9,96	8,58
Participar al mismo nivel que el resto de las personas	56,63	26,96	7,23	9,19

La distribución por edad muestra que algunas dificultades como vestirse, bañarse y caminar largas distancias son más frecuentes en los grupos de edad avanzados (60-69 años), como se muestra en la figura 51, mientras que dificultades en relacionarse con otras personas es mas frecuente en los grupos mas jóvenes.

Figura 51. Distribución por edad de las dificultades



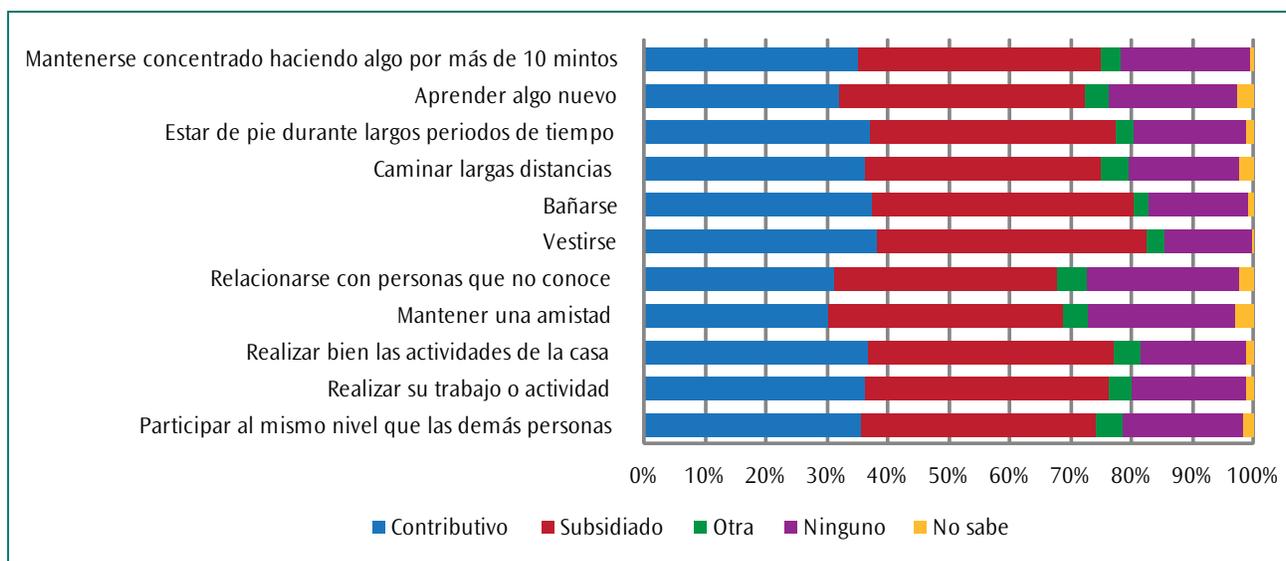
Etnia

El 81,6% de los encuestados (con dificultades) se consideran mestizos, 9,6% afrodescendientes, 1% raizales y el 8,7 % indígena.

Afiliación al SGSSS

De acuerdo con la información de la ENS 2007, se encuentran afiliados el 80,4% de las personas con alguna dificultad, principalmente en el régimen subsidiado como se aprecia en la gráfica 52,, sin embargo, un porcentaje cercano al 20% en todas las dificultades se encuentran sin ningún tipo de afiliación al SGSSS.

Figura 52. Tipo de afiliación al SGSSS en las personas con dificultades



Alfabetismo

Se observa que las personas con dificultad extrema y severa son quienes presentan porcentajes mayores de analfabetismo en comparación con quienes presentan dificultades de tipo leve o moderada (tabla 15).

Tabla 15. Dificultades y alfabetismo

En los últimos 30 días y sin ayuda cuanta dificultad ha tenido para...	Leve		Moderada		Severa		Extrema	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Mantenerse concentrado haciendo algo por más de diez minutos	93,95	6,05	90,46	9,54	83,54	16,46	45,06	54,94
Aprender algo nuevo	92,64	7,36	87,36	12,64	75,07	24,93	36,32	63,68
Estar de pie durante largos periodos de tiempo	92,52	7,48	91,20	8,80	91,21	8,79	69,88	31,01
Caminar largas distancias	91,75	8,25	88,56	11,44	90,20	9,80	75,14	24,86
Bañarse	98,19	10,81	77,10	22,90	79,93	20,07	49,19	50,81
Vestirse	88,24	11,76	79,81	20,19	81,60	18,40	49,04	50,96
Relacionarse con personas que no conoce	93,85	6,15	87,89	12,11	66,50	33,50	41,50	58,50
Mantener una amistad	92,26	7,74	81,27	18,73	67,85	32,15	35,63	64,37
Realizar bien las actividades de la casa	91,05	8,95	88,39	11,61	87,50	12,50	63,33	36,67
Realizar su trabajo, estudio o actividad diaria	92,15	7,85	89,78	10,22	87,93	12,07	59,63	40,37
Participar al mismo nivel que el resto de las personas	94,18	5,82	89,35	10,65	76,50	23,50	58,77	41,23

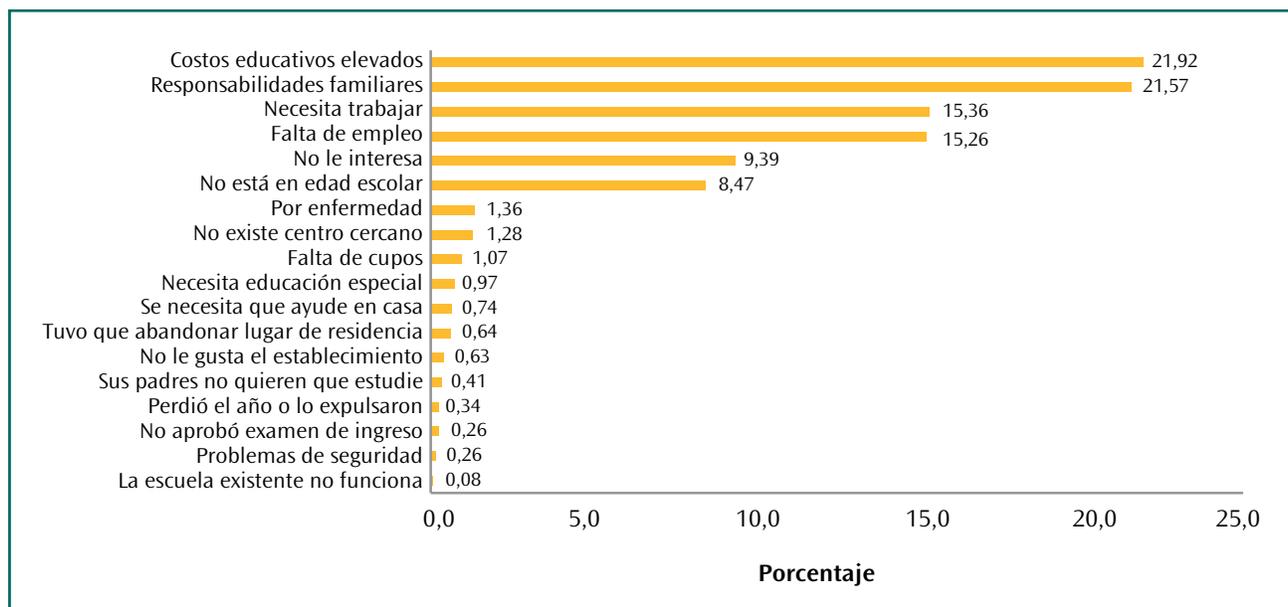
Asistencia escolar (Mayores de 11 años)

El grupo de edad con mayor asistencia escolar es el de 11 a 15 años para todas las dificultades como se aprecia en la tabla 16. La razón para no estudiar de quienes no lo hacen, es principalmente por costos educativos altos (21,9%) y responsabilidades familiares (21,5%), tal como se observa en la gráfica 53.

Tabla 16. Asistencia escolar, según tipo de dificultad

Asistencia escolar por grupos de edad	11-15		16-20		21-25		26 y más	
	Asiste	No asiste	Asiste	No asiste	Asiste	No asiste	Asiste	No asiste
Mantenerse concentrado haciendo algo por más de diez minutos	91,10	8,90	59,60	40,40	26,20	73,80	4,6	96,30
Aprender algo nuevo	88,50	11,50	57,10	42,90	25,80	74,20	3,50	96,20
Estar de pie durante largos periodos de tiempo	87,80	12,20	54,80	45,20	21,20	78,80	2,90	97,10
Caminar largas distancias	88,20	11,80	51,90	48,10	20,30	79,70	2,60	97,40
Bañarse	63,00	37,00	37,60	62,40	10,40	89,60	2,30	96,20
Vestirse	62,30	37,70	33,80	66,20	7,80	92,20	2,60	97,40
Relacionarse con personas que no conoce	86,60	13,40	56,50	43,50	18,60	81,40	4,90	95,10
Mantener una amistad	83,10	16,90	55,30	44,70	18,60	81,40	3,90	96,10
Realizar bien las actividades de la casa	84,70	15,30	53,60	46,40	23,40	76,60	2,10	97,90
Realizar su trabajo, estudio o actividad diaria	87,70	12,30	61,50	38,50	22,30	77,70	2,70	97,30
Participar al mismo nivel que el resto de las personas	86,10	13,90	57,90	42,10	55,00	45,00	24,30	75,70

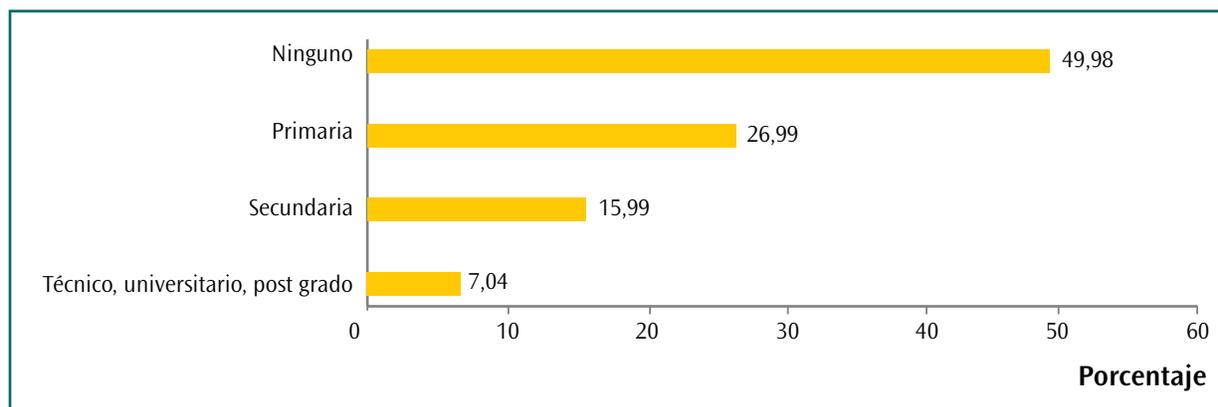
Figura 53. Razón por la cual no se encuentra estudiando



En personas entre 11 y 35 años. ENS 2007

El nivel educativo alcanzado (personas de 35 o más años) que prevalece en la personas con dificultades, es la primaria con el 26.9% y secundaria 15.9%, el 49,9% no alcanzó ningún nivel educativo (Figura 54). Con respecto si alguna vez a perdido un año escolar, el 54,6% de las personas con dificultades ha perdido alguna vez un año escolar.

Figura 54. Nivel educativo alcanzado en personas de 35 o más años

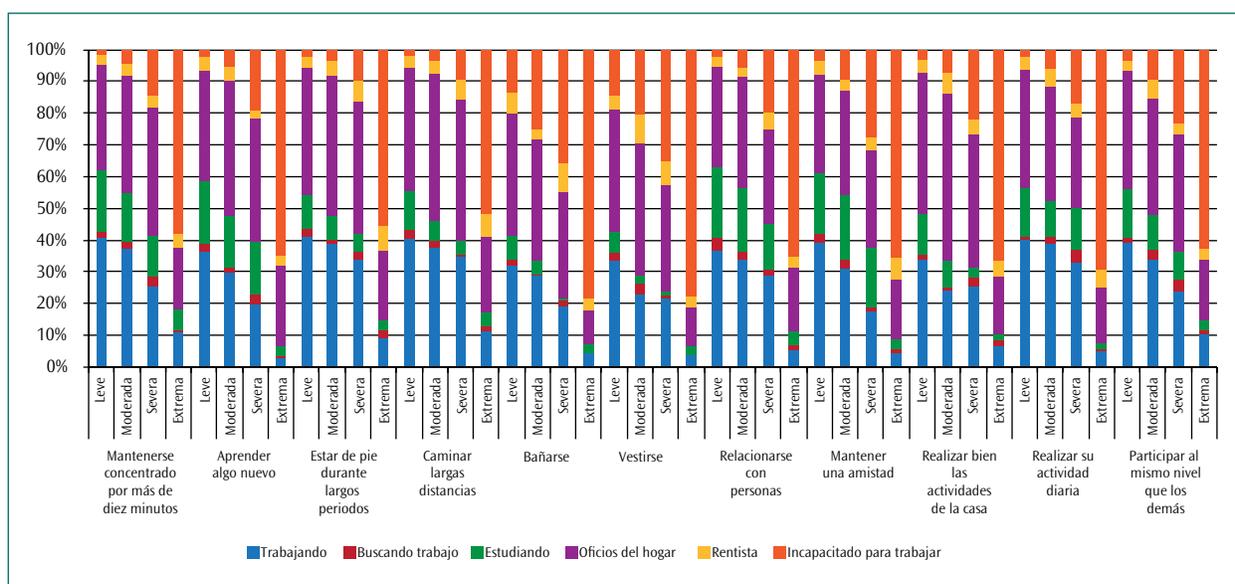


El 2,17% de las personas encuestadas requiere de algún aparato o equipo para realizar con más independencia sus actividades diarias, pero solamente el 61,19% los tiene. Con respecto al uso de aparatos auditivos solamente el 1,3% le han dicho que debe usar este tipo de aparatos. El 26,0% de los encuestados usa lentes, gafas, lentes de contacto para ver mejor y el 14,7% tiene dificultades para ver a pesar de usar lentes o gafas.

Trabajo

En la figura 55, se observan cada una de las dificultades según el grado de severidad y la actividad realizada durante la última semana. Se observa que las personas que tienen dificultades extremas son aquellas que se encuentran incapacitadas para trabajar. Quienes presentan dificultades leves o moderadas tienen mayores porcentajes de personas que se encuentran trabajando o realizando oficios del hogar.

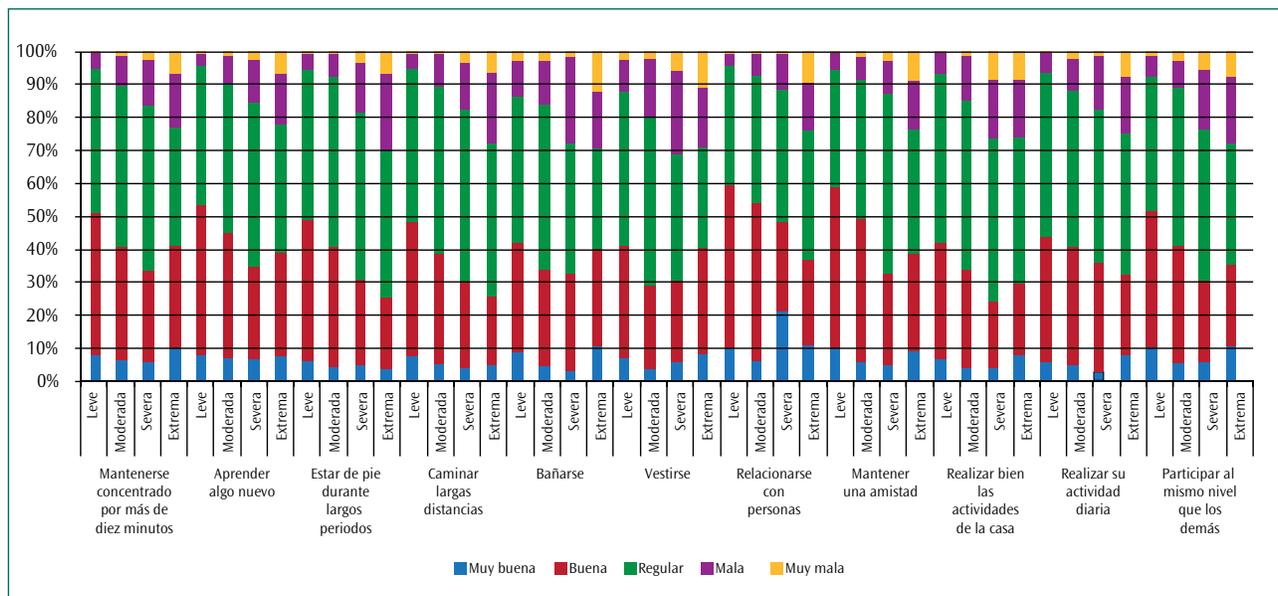
Figura 55. Actividad realizada durante la semana anterior



Morbilidad sentida

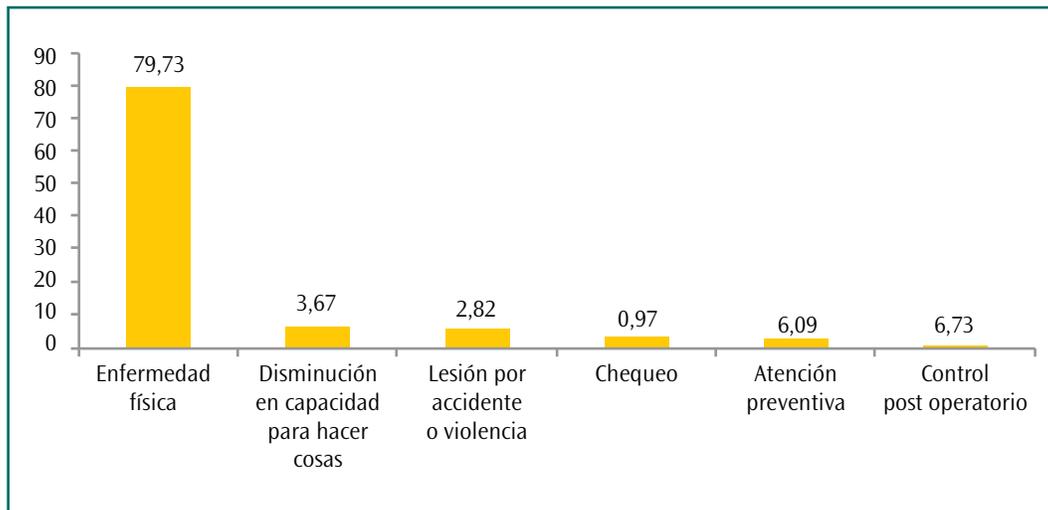
Con respecto al estado de salud durante los últimos treinta días, las personas con dificultades extremas para bañarse y vestirse son quienes presentan peor estado de salud en los últimos 30 días, en comparación con las personas que presentan dificultades leves o moderadas, en general el muy bajo el porcentaje de personas que se encuentran en muy buen estado de salud (Figura 56). El 56,9% de las personas con dificultades ha consultado o buscado ayuda por problemas de salud durante los últimos treinta días.

Figura 56. Estado de salud de las personas con dificultades



Con respecto al sitio donde buscó ayuda la última vez durante el último año (por problemas de salud), el 93,4% consultó al hospital, 2,8 % al curandero y 3,8 % otros (droguería, en el trabajo o estudio, naturista o en el hogar). La principal razón de consulta (enfermedad física 79.73%) se observa en la figura 57.

Figura 57. Principal razón de consulta en personas con dificultades



Discusión

El concepto de discapacidad ha tenido varias concepciones a través del tiempo, evolucionando desde lo netamente estructural hasta que hoy conocemos como el enfoque “biopsicosocial”, en el cual la discapacidad constituye un problema social que incluye las esferas de lo biológico, lo emocional y social.

Adicionalmente, para la realización de estudios de poblaciones se han utilizado términos como deficiencia y limitación que generan diferentes resultados. La deficiencia se refiere a las anomalías de la estructura corporal, por ejemplo por el funcionamiento inadecuado de algún órgano, mientras que la limitación se refiere a las consecuencias de la deficiencia. Por ejemplo, una persona con deficiencia de la visión tiene limitaciones para percibir la luz y distinguir objetos¹⁶.

Con el fin de visualizar esta problemática, el país inició la caracterización de esta población a partir del censo de 1993, el cual obtuvo una prevalencia de discapacidad del 1.8%. Posteriormente, con el objeto de cuantificar con mayor precisión la discapacidad, se realizaron las pruebas piloto de Yopal y Soacha,

16 Gonzalez C, Gómez J. Información estadística de la discapacidad Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y Demografía. Julio 2004

que arrojaron una prevalencia de 1.23% y 9.7% respectivamente. Estas diferencias en los valores de la prevalencia pueden deberse a las distintas metodologías y enfoques utilizados en las preguntas orientadas a medir la discapacidad. Así por ejemplo, el enfoque utilizado por el censo 1.993 y la prueba piloto de Yopal, hacían referencia a las deficiencias pero no a las limitaciones, por lo tanto, estas cifras no son comparables entre sí y no pueden dar valores acertados sobre la discapacidad. Por fortuna, se obtuvo un gran avance con la prueba piloto de Soacha, donde el enfoque de las deficiencias fue cambiado por el de las limitaciones en actividades y de igual manera en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad y el Censo 2005.

El registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad (RLCPD) que realiza el DANE, es una herramienta que ha permitido obtener información detallada de esta población en el país. Sin embargo, hasta diciembre de 2008, solo se habían recolectado 750.000 registros, siendo el número esperado de personas con alguna limitación 2'549.991 según en Censo 2005. El RLCPD se ha realizado principalmente en las grandes ciudades y, por tanto, requiere ampliar la información de municipios pequeños y de áreas rurales.

De acuerdo con el análisis realizado de los 750.000 registros, la población en esta situación es de escasos recursos, en su mayoría pertenece a los estratos 1 y 2, un gran porcentaje no se encuentra afiliada al SGSSS, se encuentran ubicados en las cabeceras municipales y el grupo de edad más afectado es el de los mayores de 60 años, principalmente del género femenino. Esta es una situación similar a lo reportado por otros estudios en los cuales las personas con discapacidad se encuentran entre las más pobres del mundo y las más excluidas de la educación, la salud, el trabajo y la participación¹⁷. Esta misma publicación informa que en las Américas existe falta de acceso a los servicios de rehabilitación y que las principales barreras son la falta de transporte y el costo de los servicios de salud y los medicamentos. Sumado a esto, existen pocas instituciones especializadas y un escaso número de profesionales capacitados para atender esta población, principalmente en regiones rurales¹⁸.

Prevalece un bajo nivel educativo en la población registrada y un alto porcentaje de inasistencia escolar. La principal razón por la cual las personas no asisten es por la discapacidad en sí. Es probable que factores como la inexistencia de instalaciones adecuadas, la carencia de docentes e instituciones de educación especial, los costos y las barreras conductuales (estigma) y físicas, interactúen imposibilitando la educación de las personas con limitaciones. En las Américas existe falta de acceso a los servicios de rehabilitación y que las principales barreras son la falta de transporte y el costo de los servicios de salud y los medicamentos. Además, el escaso número de personas con educación secundaria sugiere una pobre oportunidad de

17 Inclusion International. Oigan nuestras voces: Un informe global. Las personas con discapacidad intelectual y sus familias hablan claro sobre pobreza y exclusión. Canadá 2006. ISBN 0-919070-13-2.

18 Red internacional sobre discapacidad. Monitoreo Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad Informe regional de las Américas. Disponible en: http://www.discapacidad.gov.co/d_interes/informedisapacidad.doc

formación. En este sentido, se debe promover la igualdad de oportunidades en educación y garantizar que las personas con limitaciones sean capacitadas al máximo de sus capacidades para lograr la incorporación laboral, económica y social¹⁹.

El desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población. Cerca del 70% de las personas en situación de discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral. Según nuestros resultados del registro, el 4.2% de la población mayor de 10 años, se encuentra buscando trabajo y quienes están trabajando son en su mayoría hombres. Este fenómeno se ha registrado en otros países, lo cual pone en evidencia que las mujeres con discapacidad se encuentran menos favorecidas. Además, según la OIT, entre las personas en situación de discapacidad, los hombres tienen el doble de probabilidad de tener trabajo que las mujeres²⁰. La OMS calcula que alrededor del 50% de las personas con discapacidad están en edad de trabajar, lo cual, sumado al desempleo y desocupación, hacen más crítica la situación de pobreza en esta población²¹.

Muchas son las posibles causas del desempleo: falta de capacitación, las barreras físicas - conductuales y la carencia de instituciones especializadas en el área. Se ha descrito que las personas con discapacidad tienen mayores índices de desocupación y presentan mayores dificultades para el acceso al trabajo.

La situación familiar no puede quedar a un lado. La discapacidad no sólo afecta a la personas que la padecen, sino a quienes que se encuentran a su alrededor. Se puede deteriorar la familia, especialmente la madre o la mujer del hogar, cuando es la cuidadora, ya que debe dejar sus actividades habituales como el trabajo, por el cuidado de la persona en situación de discapacidad, aumentando así el número de personas sin trabajar en la misma familia, lo que se traduce en peores condiciones de salud, vivienda, educación, es decir, pobreza.

En cuanto a las causas, las principales son la enfermedad general, los accidentes y las alteraciones genéticas, según el registro. Sin embargo, otras causas como el conflicto armado, son generadoras de discapacidad en los hombres entre los 15 y 44 años.

Existen pocos estudios en los cuales se investigue el origen de la discapacidad. El estudio de prevalencia de discapacidad del Valle del Cauca, muestra resultados similares al que presentamos, puesto que la principal causa es la biológica (enfermedad general, alteración genética, complicaciones de la madre), con el 43.7%, seguida por la violencia (accidentes de tránsito en casa o en la calle, lesión autoinflingida, guerra, consumo de psicoactivos, violencia social), sin embargo el modo en que se realizó la pregunta para conocer el origen es diferente y por lo tanto no es comparable.

19 Vega A. La educación social ante la discapacidad. 1 Ed. Ediciones Aljibe, 2003. ISBN: 8497001141

20 Organización Internacional del Trabajo. Datos sobre discapacidad en el mundo del trabajo. Noviembre 2007. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_087709.pdf

21 Organización Mundial de la Salud. 138 Sesión del Comité Ejecutivo. La discapacidad: Prevención y rehabilitación en el contexto de los derechos al goce del máximo grado de salud que se pueda lograr y otros aspectos relacionados. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce138-15-s.pdf>

Las personas con limitaciones, se ven enfrentadas a muchas dificultades para la movilidad, el trabajo, la recreación, entre muchas otras. El acceso permite que las personas participen en actividades sociales y económicas, por tanto, las dificultades de acceso pueden llevar a la marginación y exclusión de las personas con limitaciones²². De acuerdo con los resultados del registro, las principales barreras se presentan en las calles o vías, las escaleras y el transporte público. Alrededor de este tema existe poca información sobre las barreras, sin embargo el estudio de prevalencia del Valle del Cauca, indica que las personas en situación de discapacidad realizan adecuaciones dentro de sus hogares para tener mayor bienestar.

Factores como los cambios demográficos, el aumento de las enfermedades crónicas, la accidentalidad, la violencia y el maltrato infantil intervienen en el aumento de personas con discapacidad. Las autoridades de salud deben establecer programas de prevención y detección temprana de la discapacidad e indagar sobre las posibles causas para minimizar los factores de riesgo y enfocar las acciones de prevención. La escuela también debe formar parte de los programas de prevención y detección temprana de discapacidad, entrenando a los docentes para la identificación de los niños con limitaciones, así como en la promoción de ambientes saludables en la escuela y las familias. La comunidad debe formar parte del proceso de inclusión de este grupo de la población para facilitar el acceso a los servicios y para “promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad”²³, mediante el fomento de la integración y participación de las personas en la escuela, el trabajo, la recreación y, en general, en todos los aspectos sociales.

El Estado debe facilitar a las personas en situación de discapacidad, el acceso de los servicios de rehabilitación integral, la educación (capacitación para el trabajo), el empleo y debe promover la eliminación de las barreras físicas en las calles, el transporte y los sitios de trabajo. Bajo esta perspectiva, el Ministerio de la Protección Social contempla en el Plan Nacional de Salud Pública, “Prevenir la incidencia de la discapacidad y reparar la calidad de vida de las personas con discapacidad, sus familias y su acceso efectivo a los bienes y servicios sociales mediante la coordinación y articulación de las acciones gubernamentales”. Entre las estrategias encaminadas a disminuir los riesgos, se encuentran: mejorar la seguridad vial, la promoción de estilos de vida saludables, fomentar de la actividad física, la inducción a la demanda de los servicios de promoción de la salud etc²⁴.

Por este motivo, y con el fin de orientar las acciones en salud en el marco de la política pública de discapacidad, el Ministerio de la Protección Social propone la actualización los Lineamientos de Atención en Salud Para Personas con Discapacidad, con los objetivos de promover los derechos de las personas con discapacidad, prevenir la discapacidad, y promover y restituir habilidades y capacidades, mediante diferentes estrategias como la Rehabilitación Basada en Comunidad y la Rehabilitación Funcional. El Ministerio además define las acciones que debe llevar a cabo el sector salud, teniendo en cuenta el ciclo de vida, la familia, desarrollo de habilidades, redes de apoyo etc.

22 Instituto Universitario de Estudios Europeos. Libro Verde. La accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras. 1 Ed. 2002. ISBN: 84-8446-048-7.

23 Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación Basada en comunidad. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta. Suiza 2004. ISBN 92-4-359238-6.

24 Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública Agosto 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16573DocumentNo5032.PDF>



III. IMPACTO DE LA INCLUSIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS EN EL VALOR DE LA UPC

INTRODUCCIÓN

Este documento muestra el impacto en el valor de la UPC del SGSSS, de las ayudas técnicas como prótesis y órtesis propuestas para su inclusión en el POS. Consta de tres secciones incluyendo esta introducción en la que se especifican los objetivos desarrollados. La segunda parte presenta el proceso metodológico para estimar la inclusión de las ayudas técnicas en el POS y la tercera los resultados.

OBJETIVOS

- Determinar y proponer las ayudas técnicas más apropiadas a incluir en el POS para el proceso de rehabilitación de las discapacidades en el país.
- Determinar los costos de las ayudas técnicas y del proceso de rehabilitación integral de las personas con discapacidad.
- Determinar el costo en términos de la UPC contributiva y subsidiada, de inclusión de estas ayudas y sus procesos de rehabilitación correspondientes en el Plan Obligatorio de Salud.



METODOLOGÍA

Con el fin de proponer cuáles serán las ayudas técnicas a incluir en los planes de beneficios de salud para los colombianos, con base en los instrumentos de recolección realizados en el estudio de “Ocupación, discapacidad y costos”,²⁵ se construyó una matriz con las patologías generadoras de discapacidad. Este primer listado fue revisado por el grupo de expertos (neurólogo, fisiatra, ortopedista, otorrinolaringólogo). Una vez se llegó al consenso de las patologías, éstas continuaron con la clasificación propuesta: discapacidad transitoria leve, moderada y severa y discapacidad permanente leve, moderada y severa. Para cada una de las patologías, con el Comité de Expertos, se definieron las posibles ayudas técnicas que pueden ser necesarias para la rehabilitación de un paciente con dichas patologías. Adicionalmente, se llevó a cabo la revisión de la normatividad vigente sobre los contenidos del Plan Obligatorio de Salud en Colombia en lo relacionado con prótesis, ortesis, aparatos o aditamentos que mejoren o complementen la capacidad fisiológica o física del paciente. Una vez revisada la normatividad, con base en el listado de patologías, en reuniones con los expertos, se define en consenso, revisando una por una cada patología con sus respectivas ayudas técnicas que puedan ser necesarias en un momento dado para su rehabilitación, también cuáles ayudas están en el POS y cuáles no, así como las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias y la frecuencia, dependiendo de la complejidad, en la que deban ser prescritas cada una de las ayudas técnicas mencionadas.

Con toda esta información se construye una matriz que consta de la siguiente información:

- Clasificación de la patología en los seis grupos mencionados, los tres primeros para las discapacidades

25 Ocupación, discapacidad y Costos. La Redistribución de Beneficios a través del sistema de seguridad Social Integral. Ministerio de Salud. Santa fe de Bogotá 2000.

transitorias de diferente severidad y los tres últimos para las permanentes, también de acuerdo con su severidad.

- Clasificación de cada patología, en total 84, de acuerdo con CIE 10. Cabe anotar que, como se mencionó anteriormente la base de los diagnósticos fue la presentada en el estudio “Ocupación, discapacidad y costos. La redistribución de beneficios a través del sistema de Seguridad Social Integral”. Algunas de las patologías fueron fáciles de clasificar, pero un gran número de ellas abarcan numerosos diagnósticos (v.g. fractura de miembro superior) lo que dificultó en gran medida su clasificación.
- Diagnósticos de las patologías consideradas discapacitantes.
- Frecuencias de usos de los servicios para cada patología estimada con base en las consultas por primera vez, por edad y sexo, basada en la información suministrada por la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social.²⁶; esta información corresponde a las atenciones de servicios ambulatorios durante el año 2006 de siete aseguradoras, que concentran el 45% de la población del régimen contributivo del país (con subregistro menor al 10%). Los cálculos se realizaron en el programa SQL server teniendo presente las fecha de la consulta, el número de identificación y el código CIE-10.

Se estimaron frecuencias de la siguiente manera:

$$Frec_i = \frac{C_i}{n}, \text{ donde}$$

C_i = Número de consultas de primera vez para el diagnóstico i

n = Número total de afiliados

- Requerimientos óptimos para la rehabilitación de cada patología: terapias requeridas, consultas por especialista, posibles ayudas técnicas requeridas y su clasificación de acuerdo con la Norma ISO 9999, para un total de 566 ayudas técnicas posibles para la rehabilitación de las patologías listadas. Las ayudas técnicas escogidas para cada patología, fueron las más adecuadas técnicamente según el grupo de expertos. Cabe aclarar que muchas de estas ayudas técnicas se encuentran repetidas en una y otra patología.
- Una columna en la que se indica, de acuerdo con la interpretación de la normatividad vigente y la experiencia de los expertos en la prescripción de ayudas técnicas y la respuesta de las EPS a ésta, si dichas ayudas técnicas se encontraban incluidas en el POS o no.

26 Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación 2006 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la unidad de pago por capitación. Informe al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Dirección General de Gestión de la demanda en Salud. Ministerio de Protección Social, 2007.

- De las que por consenso se determinó que no están incluidas en el POS, de acuerdo con cada diagnóstico y su severidad, se realizó un ejercicio de revisión en grupo de expertos, una por una, sí se consideraba que debían incluirse en el POS o no.
- También se determinaron, para cada ayuda técnica, las actividades, intervenciones y procedimientos, que se requieren para la atención integral de la patología, los cuales, en su mayoría, se encuentran dentro del Plan Obligatorio de Salud, como se mencionó anteriormente.
- Uso esperado de ayudas técnicas y requerimientos óptimos para su inclusión: Con base en la literatura, pero especialmente, con base en la experiencia de cada uno de los expertos, ya que la literatura sobre el tema es muy escasa, en reuniones del grupo se determinó la frecuencia esperada de uso de cada una de las ayudas técnicas en las patologías evaluadas. Este trabajo fue realizado por cada uno de los especialistas y socializado en reunión en la que se determinó por consenso el porcentaje de pacientes que necesitarían las ayudas técnicas.
- Costo de ayudas técnicas: Se obtuvieron los precios de mercado de las ayudas técnicas a incluir en el POS, por medio de cotizaciones solicitadas a diferentes proveedores nacionales, los cuales entregaron bases de precios 2008, con variedad de referencias de las ayudas evaluadas. Luego de tener una base conformada por más de 1200 precios de diferentes referencias y debido a la variabilidad en los precios de mercado, se definió bajo el criterio de expertos, el precio estándar que mejor se ajustaba a la especificación de la ayuda técnica a proponer para la inclusión. Así, para efectos del costo se trabajó con las ayudas no incluidas en plan obligatorio y que el comité de expertos consideró relevantes para la población con discapacidad.

Posteriormente, siguiendo la metodología de cálculo del estudio de de “Ocupación, discapacidad y costos”, se calculó el impacto de cada una de las ayudas técnicas con base en las frecuencias de los diagnósticos y los porcentajes esperados de uso de ayuda técnica, tanto de forma agregada como para cada grupo etario en relación con el valor de la UPC contributiva y subsidiada, en el primer caso, y contributiva en el segundo.

- El impacto en la UPC fue calculado de la siguiente manera:

$$IUPC = \frac{\sum p_{ij} \times f_j \times u_{ij}}{UPC}, \text{ donde}$$

p_{ij} = precio de mercado de la ayuda técnica i para el diagnóstico j

f_j = frecuencia del diagnóstico j

u_{ij} = Uso esperado de la ayuda técnica i para el diagnóstico j

Los supuestos sobre los cuales se hizo la estimación fueron los siguientes:

1. Debido a la carencia de información de incidencia de diagnósticos generadores de discapacidad en la población colombiana, se asume que las consultas de primera vez durante el año corresponden a diagnósticos por primera vez.
2. Teniendo en cuenta que la información de las siete aseguradoras del régimen contributivo es la más consistente y completa para el país, se asume que el comportamiento de estos diagnósticos es el mismo para la totalidad de la población.
3. El impacto en el costo se calcula en un horizonte temporal de un año, asumiéndose que todas las ayudas técnicas van a ser requeridas durante ese lapso.



RESULTADOS

AYUDAS TÉCNICAS

Se determinaron 63 ayudas técnicas estándar que se presentan a continuación:

1. Accesorios para silla de ruedas
2. Asientos, Sistemas de sedestación y Bloques de abducción
3. Aspirador
4. Ayudas auditivas para ponerse detrás de la oreja (CA externo audífonos) (más exámenes no incluidos en el POS)
5. Ayudas auditivas usadas en conexión con implantes (conducto auditivo interno)
6. Calzado ortopédico
7. Cánulas
8. Cateteres para drenaje de orina (sondas nelaton)
9. Cojín antiescaras
10. Colchoneta para prevención escaras
11. Medias y calcetines (incluye las antiedema)
12. Ortesis cadera rodilla tobillo pie
13. Ortesis cervical
14. Ortesis cervico torácico lumbo sacra
15. Ortesis cervico-torácica
16. Ortesis codo muñeca mano
17. Ortesis de antebrazo
18. Ortesis de brazo (humeral)
19. Ortesis de cabeza (Ortesis comisural)
20. Ortesis de cadera
21. Ortesis de codo
22. Ortesis de dedos

23. Ortesis de hombro
24. Ortesis de muñeca
25. Ortesis de Muslo (femoral)
26. Ortesis de pie
27. Ortesis de pierna (tibial /fibula)
28. Ortesis de rodilla
29. Ortesis de tobillo
30. Ortesis de úvula
31. Ortesis hombro
32. Ortesis hombro codo
33. Ortesis Lumbo sacra
34. Ortesis mano
35. Ortesis mano dedos
36. Ortesis muñeca mano dedos
37. Ortesis muñeca-mano
38. Ortesis rodilla tobillo pie
39. Ortesis tobillo pie
40. Ortesis toraco lumbo sacra
41. Ortesis toraco-lumbo /lumbo-sacro-cadera-rodilla-tobillo-pie
42. Otras ayudas auditivas (más exámenes no incluidos en el POS)
43. Productos de asistencia unidos al cuerpo para absorción de orina y heces
44. Prótesis amputación cuarto delantero (incluye escápula y clavícula)
45. Prótesis desarticulación de codo
46. Prótesis desarticulación de hombro
47. Prótesis desarticulación de muñeca
48. Prótesis para desarticulación de tobillo
49. Prótesis para desarticulación de cadera
50. Prótesis para desarticulación de rodilla
51. Prótesis parcial de mano
52. Prótesis parcial de pie
53. Prótesis transfemoral (encima de rodilla)
54. Prótesis transhumeral (encima de codo)
55. Prótesis transradial (debajo de codo)
56. Prótesis Transtibial (Debajo de rodilla)
57. Silla de ruedas bimanual
58. Silla de ruedas de motor eléctrico de manejo accionado
59. Silla de ruedas de motor eléctrico de manejo manual
60. Silla de ruedas para manejo manual de un solo lado
61. Sillas de ruedas controladas por asistente humano (coches)
62. Sistemas de recolección de orina
63. Tablas de deslizamiento, esterillas de deslizamiento

Estas 63 ayudas fueron consideradas para 84 patologías, algunas de ellas son requeridas para más de un diagnóstico. De manera que, por ejemplo, una silla de ruedas puede ser requerida en: Neuropatía Guillan Barre, Artrosis, Trauma Nervio Miembros Inferiores, Secuela poliomiéлитis, Amputación Traumática de miembros inferiores, Parálisis cerebral, Trauma raquímedular cervical (tetraplejia).

FRECUENCIAS

De acuerdo con los resultados, en el primer grupo, patologías como lumbalgia, cervicalgia, esguince y síndrome del túnel carpiano presentan la mayor incidencia según las consultas por primera vez. En el grupo de transitorias moderadas, radiculopatía lumbar y discopatía son las más frecuentes (Tabla 1).

En cuanto a las patologías permanentes, diagnósticos como artrosis, hipoacusia y luxación congénita de cadera son los más frecuentes entre las leves, mientras que en los moderados, plejias-paresias y parálisis cerebral son las que presentan mayor proporción de consultas por primera vez. En el último grupo la mayor concentración se encuentra en artritis reumatoidea, diabetes complicada y enfermedad cerebro vascular.

En relación con la proporción de consultas por edad y sexo, la mayor frecuencia en menores de 1 año, se encontró en luxación congénita de cadera siendo mayor en las niñas (0.07) que en los niños (0.03), y en el grupo de edad de 1 a 4 años, al igual que en el grupo anterior, la patología más frecuente fue la luxación congénita de cadera con (0.17) en las niñas y (0.07) en los niños. En el grupo de 5 a 14 el diagnóstico con mayor frecuencia es deformidad adquirida de dedos con (0.06) en las mujeres y en los hombres retardo del desarrollo del lenguaje con (0.07).

En mujeres, la lumbalgia presenta la mayor proporción en el grupo de 15 a 44 años (1.09), seguida por cervicalgia (0.23), síndrome de túnel carpiano (0.021), tenosinovitis (0.13), artritis reumatoidea (0.13), artrosis (0.12) e hipoacusia (0.08). En los hombres de 15 a 44 años la proporción presenta un patrón diferente, siendo lumbalgia la de mayor frecuencia (0.83), seguida por esguince (0.20), lesión de rodilla (0.15), fractura de miembro superior (0.12), cervicalgia (0.1) e hipoacusia (0.08).

En hombres de 45 a 59 años la proporción más alta la ocupó lumbalgia (0.31), artrosis (0.07), hipoacusia (0.05) y cervicalgia (0.04). En las mujeres de este mismo grupo de edad, patologías como lumbalgia (0.60), artrosis (0,24), artritis reumatoidea (0.16), síndrome de túnel del carpo (0.15) fueron las más sobresalientes.

En hombres mayores de 59 años, los diagnósticos más frecuentes fueron lumbalgia (0.14), artrosis (0.09), hipoacusia (0.06) y cervicalgia (0.03). En las mujeres la artrosis (0.27) ocupó el primer lugar, seguida por lumbalgia (0.26), artritis reumatoidea (0.09) e hipoacusia (0.07).

TABLA 1. Frecuencias consultas de primera vez por diagnóstico y grado de severidad

Clasificación	Patologías	Número de Consultas Primera vez	Frecuencia (%)
Transitoria Leve	Lumbalgia	320.571	3,34
	Cervicalgia	61.133	0,64
	Esguince	46.460	0,48
	Síndrome del túnel carpiano	46.231	0,48
	Tenosinovitis	37.514	0,39
	Fractura miembro superior	37.198	0,39
	Lesión rodilla	30.046	0,31
	Fractura miembro inferior	22.647	0,24
	Retardo desarrollo lenguaje	19.544	0,20
	Herida traumática miembro superior	13.320	0,14
	Retardo en desarrollo	7.352	0,08
	Herida traumática miembro inferior	6.796	0,07
	Disfonía	6.541	0,07
	Parálisis de Bell	3.946	0,04
	Trastorno aprendizaje	3.616	0,04
	Retardo desarrollo motor	2.130	0,02
	Trastorno del lenguaje	1.862	0,02
	Tortícolis congénita	24	0,00
	Transitoria Moderada	Radiculopatía lumbar	21.094
Discopatía		18.098	0,19
Neuropatía		8.457	0,09
Radiculopatía cervical		1.624	0,02
Espondilitis		973	0,01
Disautonomía		86	0,00
Transitoria Severa	Causalgia	325	0,00
	Guillain-Barre	289	0,00
	Trauma raquímedular con fractura	121	0,00

Clasificación	Patologías	Número de Consultas Primera vez	Frecuencia (%)
Permanente leve	Artrosis	83.858	0,87
	Hipoacusia	49.581	0,52
	Luxación congénita de cadera	39.266	0,41
	Deformidad adquirida dedos	38.321	0,40
	Cifosis escoliosis	12.715	0,13
	Deficiencia adquirida miembros	3.148	0,03
	Fractura de columna	3.055	0,03
	Retardo mental	2.996	0,03
	Malformación congénita musculo-esquelética	1.813	0,02
	Arteriosclerosis	1.785	0,02
	Trauma nervioso miembro superior	1.332	0,01
	Síndrome de Down	1.209	0,01
	Labio paladar hendido	1.141	0,01
	Trauma nervioso miembro inferior	702	0,01
	Amputación traumática miembro inferior	575	0,01
	Enfermedad de Perthes	457	0,00
	Amputación congénita	408	0,00
	Secuela poliomielitis	247	0,00
	Secuela quemados	166	0,00
Permanente Moderada	Plejas paresias	4.748	0,05
	Parálisis cerebral	3.149	0,03
	Espondilosis	2.867	0,03
	Artropatía	2.822	0,03
	Politraumatismo	2.038	0,02
	Trauma raíz-plejo	233	0,00
	Sudek	162	0,00
	Hemofilia	157	0,00
	Trauma plejo nacimiento	64	0,00

Clasificación	Patologías	Número de Consultas Primera vez	Frecuencia (%)
Permanente Severa	Artritis reumatoidea	45.800	0,48
	Diabetes complicada	6.374	0,07
	ECV	5.774	0,06
	Osteomielitis	2.152	0,02
	Trauma intracraneal	2.121	0,02
	Amputación traumática miembro superior	1.247	0,01
	Trauma raquimedular	715	0,01
	Encefalopatía no especificada	664	0,01
	Hidrocefalia	644	0,01
	Distrofia muscular	576	0,01
	Amputación miembro inferior	506	0,01
	Mielopatía	389	0,00
	Malformación congénita de la columna	304	0,00
	Enfermedad desmielinizante SNC	250	0,00
	Enfermedad motoneuronal	237	0,00
	Mielomeningocele	164	0,00
	Amputación miembro superior no traumática	14	0,00
Malformación congénita múltiple	12	0,00	

COSTOS

En la tabla 2 se presenta el costo estimado en pesos de 2008 de la inclusión de ayudas técnicas por grupo de severidad y pronóstico, así como su impacto en términos del total de la UPC, para el régimen contributivo y subsidiado. El mayor impacto se da en las discapacidades permanentes leves (grupo 4) debido al diagnóstico de hipoacusia cuya frecuencia es del 0.52%.

Para hipoacusia se proponen tres tipos de ayudas: a) ayudas auditivas para ponerse detrás de la oreja (conducto auditivo externo); b) ayudas auditivas usadas en conexión con implantes (conducto auditivo interno); y c) otras ayudas auditivas. Respecto a las segundas, de acuerdo con la norma ISO 9999, los productos implantables no se consideran ayudas técnicas, sin embargo el caso concreto del implante coclear requiere para su funcionamiento de una parte externa que según esta misma norma sí se considera como ayuda técnica, la cual requiere para su funcionamiento del implante.

Lo recomendado por el grupo de especialistas es la inclusión de esta ayuda externa junto con el implante, el cual se estima que es requerido por el 15% de la población que sufre de hipoacusia en el país. Su costo unitario asciende a \$59'000.000 lo que equivale a \$45.686 per cápita. Para fines de este trabajo, el ejercicio se presenta incluyendo el implante coclear en forma integral (dispositivos interno y externo) y las actividades, intervenciones y procedimientos requeridos para la rehabilitación²⁷ (tabla 2) y sin incluirlo (tabla 3).

El mayor impacto por grupo etéreo generado por hipoacusia en el régimen contributivo (tabla 4) se presenta en el grupo de hombres de 15 a 44 años (4.09%), seguido del grupo de 5 a 14 años (3.49%) y el de 45 a 59 años (3.43%).

Para el caso del primero y tercer grupo de ayudas auditivas, se recomienda también la inclusión de los exámenes necesarios que no están cubiertos por el POS correspondientes a Reflejos Estapediales y Otoemisiones Acústicas cuyo costo es de \$9.200 \$78.450, respectivamente.

Las discapacidades permanentes severas, le siguen al grupo 4 en el impacto generado. Este corresponde al 0.94% y 1.67% de la UPC contributiva y subsidiada, respectivamente. A pesar de que el costo unitario ponderado de las ayudas técnicas propuestas no alcanza los \$1.000 pesos per cápita, este grupo comprende una mayor cantidad de diagnósticos en relación con los 4 grupos restantes, así como una mayor necesidad de ayudas técnicas requeridas debido al estado de discapacidad de las personas que las padecen (58 ayudas técnicas requeridas para 19 diagnósticos).

El grupo uno, discapacidades transitorias leves, requiere en su mayoría ortesis cuyo costo unitario no asciende a \$800 per cápita. Los grupos dos, tres y cuatro generan un impacto en la UPC inferior al 1% de su valor.

TABLA 2. Impacto en la UPC de inclusión de ayudas técnicas al POS (incluyendo implante coclear)

Clasificación Diagnóstico	Costo Inclusión ayuda técnica	Régimen Contributivo %	Régimen subsidiado %
Transitoria leve	3.965	0.92	1.64
Transitoria moderada	128	0.03	0.05
Transitoria severa	4	0.00	0.00
Permanente leve	66.015	15.33	27.24
Permanente moderada	647	0.15	0.27
Permanente severa	4.047	0.94	1.67
Total	74.806	17.38	30.87

27 International Standard. Assistive products for persons with disability – Classification and terminology. ISO 9999 año 2007.

TABLA 3. Impacto en la UPC de inclusión de ayudas técnicas al POS (sin implante coclear)

Clasificación Diagnóstico	Costo inclusión ayuda técnica	Régimen Contributivo	Régimen subsidiado
Transitoria leve	3.965	0,92%	1,64%
Transitoria moderada	128	0,03%	0,05%
Transitoria severa	4	0%	0%
Permanente leve	20.330	4,72%	8,39%
Permanente moderada	647	0,15%	0,27%
Permanente severa	4.047	0,94%	1,67%
Total	29.121	6,76%	12,01%

TABLA 4. Impacto en la UPC contributiva por grupo etario

Clasificación Diagnóstico	GRUPO ETARIO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO						
	<1	1-4	5-14	15-44 (f)	15-44 (m)	45-59	>60
Transitoria leve	0,00%	0,02%	0,14%	0,18%	0,55%	0,19%	0,04%
Transitoria moderada	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%
Transitoria severa	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Permanente leve	0,02%	0,59%	3,49%	2,14%	4,09%	3,43%	1,67%
Permanente moderada	0,00%	0,03%	0,13%	0,01%	0,02%	0,00%	0,00%
Permanente severa	0,00%	0,03%	0,08%	0,14%	0,24%	0,26%	0,11%
Total	0,03%	0,67%	3,85%	2,48%	4,92%	3,89%	1,82%

CONSIDERACIONES FINALES

- Existen serias dificultades para obtener información confiable y oportuna. Los sistemas de información, de morbilidad, por ejemplo, no se encuentran disponibles, por lo cual el cálculo de las incidencias de las patologías discapacitantes fue dispendioso y solo se logró un acercamiento con la información suministrada por el Ministerio de la Protección Social.
- En la literatura nacional e internacional existe muy poca información acerca de la incidencia de las patologías discapacitantes y aún menos, de las ayudas técnicas requeridas para su rehabilitación integral.
- El resultado de este trabajo tiene dos productos trascendentales para la toma de decisiones y los

cambios que se puedan realizar en las políticas para mejorar la calidad de vida, la inclusión, la participación de las personas en situación de discapacidad y sus familias: Por un lado la actualización de los lineamientos de atención en salud, con todo un cambio a nivel conceptual, reorientando la responsabilidad del sector salud y comprometiéndolo en la búsqueda de la articulación con los demás sectores, como educación, trabajo, recreación, entre otros. Por otro lado, una vez incluido el concepto de tecnología de asistencia, un análisis de las ayudas técnicas que deberían estar incluidas en el POS y su impacto en el valor de la UPC, para que sean consideradas en la actualización de este plan de beneficios al que tenemos derecho todos los colombianos.

