

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SU ACCESO
A SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL 2002-2015**

PROYECTO DE TESIS

ANGELICA MARIA RIVERA ROMERO

**DIRIGIDO POR: Dra. IVONNE ANDREA ORDOÑEZ MONAK y Dr. FELIX LEON
MARTINEZ MARTIN**

MAESTRIA EN PROTECCION SOCIAL

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

BOGOTA, 2015

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios padre celestial todopoderoso, por quien existo y me permite cada experiencia de crecimiento en la vida. A mi madre, quien me ha demostrado que con el esfuerzo diario todos los obstáculos se vencen, a mi hijo, un príncipe valiente que desde su ser lleno del amor de Dios me apoya y fortalece, a mis hermanas y amigos que me han brindado palabra de animo y valor.

A mis directores de trabajo de grado al Dr Felix Leon Martinez Martin, quien me apoyo en la necesidad de investigar hacia la población con discapacidad y orientó mis primeros desarrollos. A la Dra Ivonne Andrea Ordoñez Monak por su apoyo, orientación, su dedicación, paciencia y calidad, dos muy buenos seres humanos con los que tuve el privilegio de trabajar y aprender.

A las personas con discapacidad que con su experiencia de vida, y sin intereses, decidieron aportar a la realización de este trabajo y permitieron compartir una parte de si, en pro de la identificación sus características. Al Ministerio de Protección Social por permitir el acceso a la información de Personas con Discapacidad copilada durante 13 años, sin la cual no hubiese sido posible la realización del mismo.

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2. JUSTIFICACION	14
3. OBJETIVOS DE INVESTIGACION	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS DE INVESTIGACIÓN.....	16
4. MARCO TEORICO	17
4.1. POBLACION CON DISCAPACIDAD A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL ...	17
4.2 ATENCION EN SALUD A NIVEL NACIONAL	29
4.3 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y REHABILITACION PARA LAS PCD	43
4.4 PROGRAMAS DE ATENCION SOCIAL PARA PCD QUE PROMUEVEN EL USO DE SERVICIOS DE REHABILITACION	48
5. METODOLOGIA	52
5.1 TIPO DE ESTUDIO	52
5.2 POBLACION.....	52
5.3 MUESTRA	52
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	54
5.5 VARIABLES.....	54
5.6 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE MUESTRA Y ENTREVISTA	55
6. RESULTADOS Y ANALISIS FASE II	56
6.1 PORCENTAJE DE PCD POR DEPARTAMENTO DE COLOMBIA	56
6.2 POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD IDENTIFICADA EN BOGOTÁ DEL 2002-2015	58
6.3 PCD SEGÚN TIPO DE ALTERACION PERMANENTE Y RESTRICCIÓN EN ACTIVIDAD DE DESPLAZAMIENTO.	59
6.4 CARACTERISICAS DE POBLACION CON DISCAPACIDAD QUE FAVORECEN O RESTRINGEN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN BOGOTA	63
6.5 ATENCIONES EN SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE BOGOTA	69
6.6 VARIABLES ATENCIONES EN SALUD PARA PCD DE BOGOTA	74

6.7 ATENCION A PCD SEGÚN FUENTE DE INFORMACION DANE 2010 CON PERIODOS DE CAPTACION DE LA INFORMACION DE 2002-2008	75
6.8 ALTERNATIVAS DE SUPERACIÓN DE LA POBREZA EN PCD A LARGO PLAZO	86
7. RESULTADOS Y ANALISIS FASE III.....	92
7.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	92
7.1.1 Población:.....	92
7.1.2 Procesos Bajo los Cuales se Implementa Entrevista	92
7.2 ANÁLISIS DE DATOS	93
7.3 CATEGORIAS DE ESTUDIO	93
7.3.1 Variables de la Persona con Discapacidad.....	94
7.3.2 Variable de Acceso a Salud.....	96
7.3.3 Variables de Vivencia de la Condición de Discapacidad	100
7.3.4 Categoría Emergente:	103
8. DISCUSION	104
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	107
10. PROPUESTA.....	114
10.1 ESTADO	116
10.2 EPS SUBSIDIADAS Y CONTRIBUTIVAS	118
10.3 PERSONAS CON DISCAPACIDAD	119
10.4 MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL.....	119
11. ASPECTOS ETICOS.....	120
12. BIBLIOGRAFIA	121
13. ANEXOS.....	127

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Sectores y Subcategorías del Gasto en Salud en Colombia 1993-2003	33
Tabla 2: Gasto en Salud por UPC Según Rango Etéreo y Número de Población a Nivel Nacional	37
Tabla 3: Datos de Población Subsidiada y Contributiva e Indígena en Bogotá 2012 y 2014	40
Tabla 4: Número y Porcentaje de PCD en Colombia por Departamento	56
Tabla 5: Porcentaje de PCD Identificada Según Fecha de Registro RLCPCD en Bogotá del 2002 al 2015	58
Tabla 6: PCD por Tipo de Alteración permanente y Nivel de SISBEN	60
Tabla 7 : Persona con Discapacidad en Bogotá con afiliación en salud según RUAF Octubre	63
Tabla 8: PCD en Bogotá con Afiliaciones en Salud según RUAF Diciembre	64
Tabla 9: Personas con Discapacidad en Bogotá por Nivel SISBEN	65
Tabla 10: Población con Discapacidad en Bogotá y Rangos de Ingreso Familiar Mensual	65
Tabla 11: Personas por Familia de PCD en Bogotá y Rango de Ingresos Mensuales	66
Tabla 12: PCD en Bogotá por Nivel de Estrato de Vivienda	67
Tabla 13: PCD en Bogotá y Acceso a Servicios Públicos	68
Tabla 14: PCD en Bogotá Según Tipo de Población	68
Tabla 15: Personas y Atenciones en salud por rango etéreo y Alteración Permanente, según RIPS Bogotá	69
Tabla 16: Promedio de Atenciones RIPS de PCD Identificadas entre el 2002 y Enero del 2016	72
Tabla 17: PCD Según Nivel de Atención y Régimen de Salud Clasificado por RIPS en Bogotá	73
Tabla 18: PCD por Rango Etéreo y Promedio de Atenciones en Salud Según Nivel SISBEN	74
Tabla 19: PCD en Bogotá que Ya Terminaron Servicios de Rehabilitación	78
Tabla 20: PCD en Bogotá que no han Terminado Rehabilitación por Localidad	80
Tabla 21: PCD en Bogotá con Barreras para Acceder a Servicios de Rehabilitación 81	
Tabla 22: PCD en Bogotá con Barreras para Acceder a Servicios de Rehabilitación 82	
Tabla 23: Causas por las que PCD en Bogotá No Reciben Rehabilitación	83
Tabla 24: Causas a las que PCD o su Familiar Atribuyen Recuperación de la Salud Según Edad y Sexo de PCD	84
Tabla 25: PCD en Bogotá con Alteraciones Permanentes y Asistencia a Establecimientos Educativos en Edades de 1- 44 Años	86
Tabla 26: PCD en Bogotá con Alteraciones Permanentes en Edades de 1- 44 Años 87	
Tabla 27: PCD que Asisten a Establecimiento Escolar Según Tipo de Alteración Permanente y Edad de 1- 44 Años	88
Tabla 28: PCD Según Sexo Edad y Tipo de Contrato Laboral	90

Tabla 29: Categorías Distribuidas por Características de PCD, de Acceso y Experiencia de la Discapacidad 93

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Porcentaje de Financiamiento del Gasto Total en Salud. Colombia 1993-2003	32
Ilustración 2: Actividades para las que las PCD de Bogotá Presentan Mayores Dificultades.....	62

RESUMEN

Esta investigación, buscó identificar las características de la población con discapacidad y el acceso a servicios de salud en el Distrito Capital. Para tal fin, se tomó como muestra, la población identificada desde formato de Registro Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (en adelante RLCPCD), que en el periodo de Agosto del 2002 a Diciembre del 2015, fue una población de 236.090 PcD en Bogotá, cifra que corresponde al 3% de la población total del Distrito. Esta información estuvo del 2002 al 2008 en el DANE y a noviembre del 2010 pasó a manos del Ministerio de Salud y la Protección Social. Los resultados más relevantes evidencian que de la población identificada un 14.4% no se encuentra afiliada a salud y que las causas más frecuentes por las que las PcD no asisten a servicios de rehabilitación es en primer lugar por falta de dinero y la segunda es porque no sabe situaciones que actúan como barreras de participación de las PcD

A manera de ejemplo, también se analizaron cinco estudios de caso de personas con discapacidad de cinco localidades (Usme, Bosa, Kennedy, Engativá y Puente Aranda), en las diferentes etapas del ciclo vital, con el fin de identificar las características propias de esta población, su vivencia de la discapacidad y su acceso a servicios de salud. Para quienes según resultados arrojados, se encuentra que las mayores barreras de acceso a servicio de salud y rehabilitación, están en el desconocimiento de servicios de rehabilitación, durante la fase inicial de la presencia de mencionada condición o falta de recursos económicos para traslados fuera de localidad que incluyen tiempos de cuidador, lo cual a su vez implica disminución de recursos para satisfacción de necesidades básicas como son vivienda, alimentación y pago de servicios. De las 5 PcD entrevistadas ninguna cuenta con escolarización ni generan ingresos por fuerza laboral, por el contrario requieren de tiempo completo o parcial de cuidador.

En esta medida, es indispensable considerar estrategias a nivel de gobierno que permitan implementar estrategias y mecanismos desde el orden legislativo que aporten a la equiparación de oportunidades y participación de PcD en los diferentes sistemas, sin embargo esto requiere de fuentes claras de financiación con asignación de metas y coberturas específicas para las PcD teniendo en cuenta sus necesidades y principales características.

Es así como desde este estudio, se buscó identificar las características biológicas, económicas, sociales, culturales y políticas propias de las PcD, que no han sido contempladas desde el sistema de salud colombiano, en el Distrito Capital y que influyen directamente, en el acceso a servicios de salud y rehabilitación de la población con discapacidad; a su vez, también se realizó exploración de los mecanismos de respuesta a necesidades de atención en salud y rehabilitación, que actúan como facilitadores tanto desde las propias posibilidades de la Personas con discapacidad como desde el Estado en la legitimación de los derechos de esta población. Llegando a la conclusión de que la mayoría de PcD, deben hacer exigible los derechos en rehabilitación por medio de tutelas, aspecto no admisible en un Estado Social de Derechos, pero necesario, dado que no se cuentan con la normatividad explícita en presupuestos, para financiación de atenciones en Salud a PcD con Costos indirectos, sin embargo para imponer acción de tutela, las PcD y sus familias deben contar con dinero y conocimiento de la existencia de los diferentes servicios así como de los tramites por medio de los cuales pueden llegar a imponer una acción de tutela; aspectos que al momento no son resueltos y que finalmente si determinan el acceso a servicios de rehabilitación de PcD de estratos de vivienda 1,2 y 3.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad, es una condición humana compleja, con características propias que resultan de la interacción, entre el individuo que experimenta la discapacidad y su entorno. La discapacidad, presenta como característica la transitoriedad o la permanencia de su presencia, por lo que en esta misma medida, dicha interacción, puede afectar la participación de la persona en los diferentes espacios, de forma permanente o transitoria. Desde la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud), en relación a la comprensión de la salud y la discapacidad, se plantean dos componentes: el primer componente que es el de funcionamiento y discapacidad que abarcan el estado de salud / enfermedad desde los sistemas, estructuras corporales y las actividades de participación a nivel individual, colectivo y el segundo componente que es el de factores contextuales que contempla factores ambientales (entorno del individuo y entorno general) y factores personales (sociales y culturales).

La población con discapacidad permanente, es la población objeto de este estudio, por lo que resulta importante resaltar, que son personas que pueden presentar alteraciones a nivel de una o varias estructuras, órganos o sistemas, entre estos están: alteraciones a nivel del sistema nervioso, cardiorrespiratorio, hormonal, genital, reproductivo, digestivo, inmune, tegumentario o la piel, visual, auditivo, olfativo, táctil, gustativo, la voz, el habla, el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas. Para esta investigación, se tienen en cuenta los componentes mencionados desde la CIF, con el fin de abordar a la PcD, según sus características, y las del contexto donde se desenvuelve, lo que a su vez evidenciará barreras y/o facilitadores, para el acceso a servicios de salud y rehabilitación, que favorecen o restringen a la PcD, las posibilidades de interactuar efectivamente en los escenarios familiar, educativo, laboral y social.

Como característica principal de esta población, la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el informe de discapacidad 2011, expone que las PcD presentan a nivel mundial, los resultados más bajos en cuanto a suficiencia de recursos sanitarios, académicos y económicos, aspectos que a su vez contribuyen a la perpetuación de la pobreza. *“Con respecto al trabajo las PcD tienen más probabilidades de estar desempleadas, y generalmente perciben menores ingresos cuando trabajan, relativo a la población sin discapacidad. Los datos de la Encuesta Mundial de Salud indican que las tasas de ocupación son menores entre los hombres y mujeres con discapacidad (53% y 20%, respectivamente) que entre los hombres y mujeres sin discapacidad (65% y 30%, respectivamente)”*(1).

Desde esta perspectiva, cada país que reconoce a la PcD, como sujeto garante de derechos, plantea mecanismos de respuestas con condiciones que contribuyan a la equidad e igualdad de oportunidades, por medio de los sistemas políticos y normativos en salud y educación; que a su vez se traducen en facilitadores o barreras para el acceso a servicios de salud y rehabilitación en Bogotá D.C, sin embargo los procesos bajos cuales se da el acceso a los derechos de las PcD no están respondiendo a las necesidades de las PcD de Bogotá.

“La cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS- para las PcD en Colombia es del 81,9%, donde más de la mitad de la afiliación al sistema de salud corresponden al régimen subsidiado (57,7%). La ECV 2012 también es congruente con estos resultados, mostrando que más de la mitad de la PcD (56%), pertenece a grupos sin capacidad de pago y por consiguiente su aseguramiento es provisto por el Estado con la afiliación a través del Régimen Subsidiado”(1). En relación a las cifras de acceso a servicios de salud de PcD no existen fuentes oficiales que suministren esta información.

En esta medida, resulta indispensable identificar como desde el sistema de salud y educación colombiano se contribuye al acceso de servicios de salud y

rehabilitación para las PcD del Distrito capital. Por lo que la pregunta que orientó el desarrollo de este estudio fue ¿Cuáles son las características de las personas con discapacidad y su acceso a servicios de salud y rehabilitación en Bogotá D.C.?

En la actualidad, la población Colombiana con discapacidad, cuenta con algunos mecanismos legales, para la exigibilidad del derecho a servicios de salud y rehabilitación; como lo es la acción de tutela, que aunque, no es aun del pleno conocimiento y manejo del común de la ciudadanía con y sin discapacidad, si se encuentra soporte bibliográfico de exigibilidad de derechos en salud por medio de la misma.

Según fuentes (2),(3) en 1999 se instauraron 21.301 tutelas en salud y en año 2013 un total de 115.147 también de salud de las cuales, aunque la fuente no discrimina cuantas tutelas son de acceso a servicios de rehabilitación, si permite evidenciar un notorio incremento en el transcurso del tiempo, por lo que se asume que las tutelas, han permitido a un número de personas con discapacidad acceder a servicios o insumos de salud; sin embargo, el instaurar una tutela hace necesario, contar con algunos recursos como conocimiento de instituciones a visitar, procesos y procedimientos a realizar, dinero para desplazamientos en trámites que implican habilidades y apoyos para sortear las barreras físicas, económicas y educativas que finalmente son las que permitan instaurar o no una acción de tutela.

En relación a las barreras mencionadas, es importante tener en cuenta características propias de las PcD, descritas por la OMS, las cuales dificultan e impiden, imponer una acción de tutela, por lo que muchas personas, optan por no realizar trámites y finalmente no participan de servicios de salud y rehabilitación; muestra de ello se evidenciará en personas que aunque tienen discapacidad, no participan de estos servicios, por diferentes motivos (porque no saben, porque no reciben autorizaciones, porque no tienen dinero, porque les queda lejos, porque no hay quien las acompañe, porque no se las prescriben etc.) según se registra desde la Identificación realizada en formato de Registro Localización y

Caracterización de Personas con Discapacidad publicada desde DANE y Ministerio de la Protección Social 2015, así como en estudios de caso de PcD de cinco localidades (Usme, Bosa, Engativá, Kennedy y Puente Aranda).

En consecuencia en la actualidad es necesario contar con una identificación de las características de las PcD, así como sus necesidades (4) para poder contribuir a la construcción de una política pública de discapacidad y Planes de Desarrollo Nacional y Distrital, más acertados que permitan la protección y el goce efectivo del derecho a la salud, y la calidad de vida de las personas con discapacidad en Colombia. En esta medida, mencionados Planes, deberían incluir articulaciones directas y explícitas con metas y coberturas específicas, que incluyan asignación de recursos propios, para la atención y respuesta de las necesidades y características y de las personas con discapacidad, evitando mayores traumatismos, de los que ya se ven obligados a afrontar en una sociedad de “iguales”.

2. JUSTIFICACION

Este estudio identifica, las características más representativas de la población con discapacidad en cuanto a acceso de servicios de salud y rehabilitación en el Distrito Capital; teniendo en cuenta para ello, las dimensiones a nivel económico y de participación en sistemas de salud, educación y trabajo, que favorecen o restringen la equiparación de oportunidad para las PcD. El estudio es realizado en Bogotá, dado que es la ciudad colombiana que más habitantes tiene y que se encuentra ubicada en la tercera posición de representatividad de PcD (5),(6) y dadas las cifras de No participación en servicios de rehabilitación, el proyecto también tiene como propósito, dar a conocer aspectos necesarios a contemplar y modificar desde las instancias pertinentes y con la debida injerencia a nivel político, financiero, social y cultural, que puedan contribuir a favorecer e incrementar el acceso a los servicios de salud y rehabilitación de las PcD, restableciendo la justicia social y equidad para las Personas con Discapacidad y sus familias.

La falta de participación de las PcD en servicios de salud y rehabilitación, en su mayoría son generadas por barreras que implican condiciones como incapacidad de pago, redes de apoyo inexistentes, ausencia de transporte y ubicación geográfica distante de instituciones prestadoras de servicios de salud y rehabilitación, lo cual se traduce en costos para uso del transporte y disminución de tiempos laboralmente productivos, de uno o dos miembros de un familia, donde se puede encontrar una PcD(5),(6), condiciones necesarias para el acceso a servicios de salud dados los mecanismos de respuestas vigentes del Estado Colombiano.

Desde este trabajo, se generó una propuesta que plantea mecanismos de respuesta efectiva, a las necesidades en salud de las personas con discapacidad, que implican acciones y proyecciones necesarias para la implementación efectiva

de políticas que favorezcan el acceso al derecho de la salud y con ello la legitimidad de las Personas con Discapacidad en El Distrito Capital.

A nivel de la academia, este estudio puede servir de insumo para futuros trabajos de grado e investigaciones, que requieran como fuente de información las características y necesidades de las personas con discapacidad, a nivel de Bogotá.

3. OBJETIVOS DE INVESTIGACION

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de la población con discapacidad sus barreras y/o facilitadores en acceso a servicios de salud en el Distrito Capital.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS DE INVESTIGACIÓN

- Documentar marco legislativo nacional para el acceso a servicios de salud de personas con discapacidad.
- Identificar las características de las personas con discapacidad revisando capacidad de pago, redes de apoyo existentes, transporte, ubicación geográfica y aspectos que favorecen o limitan el acceso a servicios de salud.
- Identificar la cobertura de servicios de salud y rehabilitación, para personas con discapacidad a nivel del Distrito Capital, según formato de registro y caracterización de PcD, teniendo en cuenta sus características y los recursos del Estado disponibles para tal fin, como garantía de la equidad.

4. MARCO TEORICO

4.1. POBLACION CON DISCAPACIDAD A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL

La ONU (Organización de las Naciones Unidas) en la Convención de derechos de las personas con discapacidad, adoptada por Colombia mediante la Ley 1346 del 31 de Julio de 2009, indica que las Personas Con Discapacidad, en adelante PcD son aquellas que presentan una o varias deficiencias de orden físico, mental, intelectual- cognitivo o sensorial a largo plazo que al interactuar con diferentes barreras¹ impiden su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás persona(7).

La participación de las PcD en los diferentes contextos, depende de múltiples variables entre ellas el tipo de discapacidad y también depende del grado de la discapacidad, lo cual implica un grado de compromiso o afectación a nivel de estructuras y funciones del cuerpo humano, así como la presencia o ausencia de barreras/facilitadores². Entre los diferentes grados de discapacidad se encuentran: la discapacidad severa, la moderada y la leve, entonces se puede decir que el grado de la discapacidad se identifica según la capacidad de ejecución y participación en las Actividades de la Vida Diaria, de estas últimas la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) (8) realiza una clasificación y agrupación según las siguientes categorías:

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento
2. Tareas y demandas generales,
3. Comunicación
4. Movilidad

¹ Según la CIF 2001 las barreras son: son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

² Según la CIF 2001 los Facilitadores son aspectos tales como la accesibilidad de un recurso, y si esa accesibilidad es constante o variable, de buena o mala calidad

5. Cuidado Personal
6. Vida Doméstica
7. Interacciones y relaciones interpersonales
8. Áreas principales de la vida (educación, empleo, economía)
9. Vida comunitaria, social y cívica.

Las fundaciones Saldarriaga - Concha y Santa Fe de Bogotá (2009) en su libro citan los lineamientos de política de habilitación y rehabilitación integral Bogotá 2004, donde se describen las características de participación de las personas con discapacidad según su grado. Las PcD severa son aquellas que tienen mínima capacidad de ejecución de Actividades de la Vida Diaria (AVD), por lo que son dependientes en casi la totalidad de la ejecución de sus actividades y no cuentan con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de actividades mencionadas anteriormente; las PcD moderada son aquellas que cuentan con algunas capacidades de ejecución de AVD, son personas semidependientes que requieren de algunos apoyos y que algunas veces cuentan con facilitadores o apoyos para la participación en las diferentes AVD; las PcD leve son aquellas que cuentan con capacidad de ejecución de la mayoría de las AVD y ocasionalmente requieren de apoyos dado que cuenta con facilitadores para la realización de AVD (9).

La OMS en su informe mundial de discapacidad 2011, expone que una de las características primordiales de las personas con discapacidad, es la presencia a nivel mundial de los resultados más bajos en cuanto a suficiencia de recursos sanitarios, académicos y económicos, afirmando que las PcD presentan los niveles más altos de pobreza y que en parte, esto también es consecuencia de los obstáculos de acceso³ que tienen las personas con discapacidad a los servicios básicos en salud, educación, empleo, transporte o información(10). En este mismo

³ Acceso: contar con recursos necesarios para atención en servicios de salud.

informe la OMS, estima una prevalencia de personas con discapacidad del 15%, con una distribución equivalente a la cantidad de personas por País(11).

En Colombia el censo DANE del 2005, encuentra que el 6.3% de la población presenta algún tipo de discapacidad, por lo que se puede evidenciar un sub registro a nivel nacional según lo citado al 2012 en la evaluación de la política pública de discapacidad (12) aspectos preocupante, que ha invitado desde la mayoría de documentos suscitados alrededor de la población con discapacidad a realizar el registro localización y caracterización de PcD, sin embargo del 2005 al 2015 continua evidenciándose un porcentaje reducido de registro de PcD en Colombia, por lo que desde ya, se hace necesario un cuestionamiento a cerca del motivo por el cual, en Colombia no se cuenta con un porcentaje cercano a cifras mundialmente estimadas por la OMS en relación a PcD identificadas desde el RLCPCD.

A continuación, se realiza un recorrido histórico a nivel mundial, donde las sociedades se van transformando en pro del reconocimiento de las personas con discapacidad.

Según el Seminario Internacional de Inclusión Social, Discapacidad y Política Pública(13). En los años cincuenta, la población con discapacidad era considerada como repudiada, explotada, e inclusive asignada a funciones menores, debido a factores como el desconocimiento, la superstición y temores propios de las personas del común de la época, por lo que fue necesaria la creación de políticas de protección de orden predominantemente médico. La educación, era una necesidad que no se contemplaba en el momento como derecho para las personas con discapacidad, por lo tanto la atención a esta población se centró en la rehabilitación de los potenciales y fue precisamente mediante la rehabilitación que se fue adquiriendo la identidad de sujetos.

En los años sesenta, acciones como la movilización de padres que exigían la igualdad de derechos para sus hijos, entre ellos la educación, y una vida comunitaria normal que les permitiera prepararse para la vida activa en la sociedad, fueron de alto impacto y dejaron como huella los movimientos pro derechos civiles en Estados Unidos, de anti-institucionalización en Italia y de normalización expuesto inicialmente en Suecia, estos aspectos favorecieron poco a poco el acceso a la educación para la población con discapacidad; en Colombia se empezó a hacer uso de desarrollos tecnológicos en lo funcional, formación de profesionales en fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología(14).

Para los años setenta, con la teoría de la normalización e integración, se enfatizaba en el derecho de la persona con discapacidad a vivir con la familia, en su entorno natural y de ser preparados y apoyados para responder a los desafíos que podrían enfrentar en sus comunidades, donde los padres y las mismas personas con discapacidad se hacen partícipes de su proceso, en esta época la PcD encontraba barreras en las comunidades e instituciones, evidenciando entonces un problema de acceso en el entorno por barreras de orden social, cultural, material o físico. Entre las barreras descritas se encontraron: actitudes sociales negativas, ausencia de políticas y legislaciones apropiadas, respuesta institucional a la provisión de asistencia, enfoque sectorial al trabajo en discapacidad, falta de enfoques alternativos a la asistencia, bajos recursos económicos y falta de personal calificado, motivo por el cual hacia finales de esta década, se fue gestando el modelo social de la discapacidad, donde fueron tomando forma las políticas y legislación existente siendo modificadas fundamentalmente para asegurar la eliminación de barreras físicas e institucionales que permitieran la plena e igualitaria participación de personas con discapacidad en la vida comunitaria. Se pudo observar el movimiento gradual hacia un modelo integrado de desarrollo, con la intención de incluir el tema de la discapacidad en los programas de diferentes organismos. En Colombia como respuesta a la población con discapacidad se realiza especial énfasis en las

capacidades, se inicia la rehabilitación profesional y empiezan las asociaciones en toma de decisiones(14).

Desde la Organización Mundial de la Salud en el año de 1980 se publicó la CIDIM (Clasificación Internacional de Deficiencias Incapacidad y Minusvalía), donde se permitió catalogar y clasificar la deficiencia en una dimensión orgánica, la incapacidad en una dimensión individual y la minusvalía en una dimensión social, identificando restricciones en la participación.

En 1981 se generó todo un movimiento con el lema “Plena participación e igualdad, lo cual significo un cambio en muchos países. En 1992 se construye un programa denominado el Programa de Acción Mundial para los Impedidos con una significativa dimensión de este programa la igualdad de oportunidades, con impacto en políticas y legislaciones, para hacer el entorno social más accesible para todos con la elaboración de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, donde queda claro que la discapacidad es algo que concierne a todos los ámbitos de la sociedad y por ello requiere definir las responsabilidades de cada cual y asegurar el establecimiento de los mecanismos necesarios para facilitar la colaboración y coordinación. En Colombia como respuesta a la población con discapacidad se crea el Sistema Nacional de Rehabilitación. Declaración Alma Ata. Rehabilitación basada en la comunidad(14).

En 1994 la Declaración de Salamanca y el Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales de la UNESCO(15), adoptados unánimemente en la Conferencia Mundial de 1994 por representantes de 92 gobiernos y 25 organizaciones internacionales afirma que “la integración y la participación son parte esencial de la dignidad humana del goce y ejercicio de los derechos humanos”(15). En Colombia como respuesta a las necesidades de la población con discapacidad se formulan Políticas sociales – “Por ejemplo: educación para

todos” Ley 115 de 1994, PcD: Sujeto de derechos, Ley 361 de 1997(14). Sin embargo falta la creación de mecanismos y articulaciones efectivas con asignación de presupuestos suficientes que permitan el cumplimiento de los mismos.

Hacia el año 2001 la OMS y OPS en la CIF (Clasificación Internacional De Funcionamiento, La Discapacidad y la Salud) atribuye el término de discapacidad a las consecuencias de la interacción entre el individuo en su entorno físico y social; donde las deficiencias están en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y la restricción en la participación (8). Entonces es de resaltar que en 1980, se hablaba de incapacidad en el individuo para realizar una tarea o actividad y hacia el 2001, ya se contaba con que se cambió el termino de incapacidad a limitación y esta última centrada en la actividad que se realiza dentro de un contexto físico y social, que puede ser facilitador o limitante por sus barreras y no en el individuo con incapacidad por condiciones propias, como se tenía hasta 1980, esto a su vez, ha sido un cambio en la concepción de lo que es la discapacidad y las necesidades a considerar en la formulación de políticas para personas en condición de discapacidad(8).

En Colombia hacia el 2002 se expide la ley 762 (16), con la cual se “aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", suscrita en la ciudad de Guatemala, el siete de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999)”. En el 2007 en el mes de julio, por medio de la ley 1145 (17), se organiza el sistema nacional de discapacidad que tiene como objetivo impulsar la implementación de la política pública en discapacidad que saldría a la luz pública en Octubre de este año, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los derechos humanos. En Octubre ya se publica la formulación de la política pública

de discapacidad por medio del decreto 470, la cual aunque pretende la participación de PcD, no cuenta con la organización de sectores ni distribución de presupuesto que incluyan metas específicas por programas, ni articulaciones pertinentes, aspectos que aún no han permitido la participación plena de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, afectando la calidad de vida y directamente la garantía del acceso del derecho fundamental de la salud, dado que existen aspectos que no han sido tomados en consideración, como son imposibilidad de generación de ingresos de PcD y de cuidador (18), la generación de copagos cuotas moderadoras, lugar geográfico de IPS prestadoras de servicios de rehabilitación⁴, trasportes que actúan como barreras para el acceso de PcD a servicios de salud y pago de cuotas moderadoras si se tiene en cuenta característica de pobreza mencionada por OMS.

En Santiago de Chile en el 2004, desde el seminario Internacional de Inclusión Social, Discapacidad y política pública, se expone el propósito de lograr que las personas con discapacidad alcancen el máximo de desarrollo, y sean mirados en sus potencialidades y no se encasillen en sus déficit, lo cual soporta todo un cambio cultural que es necesario para enriquecer la sociedad inclusiva que se quiere, en este seminario, también se menciona que la discapacidad debe ser entendida desde su contexto social, que es mucho más que una condición, es una vivencia diferencial; sin embargo, frecuentemente, es también una experiencia de exclusión y de opresión, donde los responsables de esta situación no son las personas con discapacidad, sino la indiferencia y falta de comprensión y ocupación de la sociedad por generar entornos inclusivos que verdaderamente permitan la participación. En este documento también se afirma textualmente “la forma en que una comunidad trata a sus miembros con discapacidad, es reflejo de su calidad y de los valores implícitos” por tanto las personas con discapacidad y

⁴ Servicios de rehabilitación: atenciones en salud proporcionadas con el propósito de mantener y/o mejorar e incrementar potenciales y capacidades de personas con Discapacidad.

sus organizaciones, son un desafío para todas las sociedades donde se deben considerar e implementar los cambios necesarios para promover una vida más justa y equitativa(13).

En el 2005 en España se llevó a cabo el foro de vida independiente, donde se cambia el concepto de discapacidad por diversidad funcional, como elemento enriquecedor al interior de la pluralidad humana, no obstante en la actualidad a nivel general tanto nacional como internacional, no es posible encontrar un lenguaje común e inclusivo, donde desde la forma como nos referimos hacia la población objeto de este trabajo, permita ver condiciones de igualdad, equiparación de oportunidades y corresponsabilidad de todos en aras del derecho al libre desarrollo de las PcD; por el contrario en general y pareciera que de forma inconsciente, en un ideal de perfección del ser humano, bajo un modelo médico, se hace uso de términos donde se da menor valor a las personas con diversidad funcional, tales como minusválido o discapacitado entre otros inclusive persona en condición de discapacidad centrándose siempre en la dificultad de la persona y no en la sociedad y su contexto, que es la que no está preparada aun para implementar cambios que realmente permitan la participación e independencia de la población con diversidad funcional(19).

Al 2013 en Colombia, con la ley 1618 del 23 de febrero, se tiene como objetivo establecer las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. En el título III se habla de las obligaciones del Estado y la sociedad en su artículo 5 menciona la “garantía del ejercicio efectivo de todos los derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión en los diferentes programas de promoción y prevención”; Sin embargo, faltan mecanismos de financiación y regulación que permitan el cumplimiento de esta Ley. El CONPES 166 del mismo año, se propone como objetivo precisar los compromisos necesarios para la implementación de la política como parte del Plan

Nacional de Desarrollo 2010 - 2014, “Prosperidad para Todos”. Donde se presenta como diagnóstico:

“la existencia de discriminación y desconocimiento de las capacidades de esta población; la respuesta inadecuada de los servicios de salud; la existencia de barreras de acceso a la educación formal, al trabajo y proyectos de emprendimiento y al entorno físico, social, económico, político y cultural; la dependencia económica y baja autoestima; limitación del desarrollo de sus potencialidades, la de sus familias y cuidadores, y la incipiente información sobre datos estadísticos y carencia de investigaciones relacionadas con el ejercicio y goce pleno de derechos de las PcD(1)”.

No obstante, no se habla de acciones concretas con las cuales las PcD puedan acceder a servicios de salud ni rehabilitación.

En la historia a nivel mundial, es evidente como las sociedades han venido enfrentando cambios conceptuales graduales “similares”, en torno al concepto de discapacidad, estos cambios a su vez, de alguna manera han favorecido la transformación cultural y con ello la garantía al acceso de salud, como se da en Suecia(20), donde todos sus habitantes acceden a servicios de salud, los cuales son cargados financieramente al estado y entes territoriales; en este País el grado de desarrollo conceptual, la transformación cultural y organización estatal en sectores rectores, han permitido avanzar representativamente, hasta llegar a un interés marcado por la adopción de una sociedad justa, que se demuestra en la creación de mecanismos de acceso a derechos fundamentales con programas de entrega de vivienda y especie de bonos así como la inclusión y la participación de las PcD en los diferentes contextos(21) y (22); sin embargo los avances y el reconocimiento de los derechos de las PcD, no se da de la misma manera en todos los Países.

En Países como Colombia, si bien se tiene una “identificación” de las PcD con característica de sub registro, no se han realizado suficientes esfuerzos en la

implementación de estudios de las características de las PcD, que son una parte significativa de la población que se encuentran en mayor grado de vulnerabilidad y en consecuencia se puede atribuir también a este hecho, que tampoco se hayan creado los mecanismos necesarios que les permita a las PcD participar dentro de una sociedad como sujetos de derechos. Entonces enmarcados en este contexto, es necesario en Colombia realizar un mayor esfuerzo, por identificar la población con discapacidad, así como estudiar concienzudamente los resultados de la identificación de las PcD efectuar los respectivos análisis y considerar que en el ejercicio del reconocimiento de la población con discapacidad y sus derechos, es necesario inicialmente identificar cuáles son sus características y necesidades para poder crear los mecanismos necesarios que les permitan ser sujetos garantes de derechos en una sociedad y es aquí donde unos y otros Países hacen la diferencia.

Entonces las respuestas del Estado frente a las necesidades de las personas con discapacidad varían en los diferentes Países, así como la creación de los mecanismos de respuesta de cada Estado, donde influyen variables como el desarrollo conceptual, la transformación cultural, estudios de identificación de la población con discapacidad y su familia, estudios y análisis de las características de las PcD, así como interés y esfuerzos desde las comunidades y los diferentes sectores institucionales, por buscar la igualdad de derechos, procurando una sostenibilidad financiera en la PcD y su familia de modo que le permitan participar de los diferentes contextos, pero adicionalmente a estas variables propias de las PcD, se debe tener como soporte y sustento la legislación y normativa específica en sectores vitales fundamentales como alimentación, salud, educación, vivienda, transporte y trabajo específica para personas con y sin discapacidad en cada País, puesto que la forma en que el País organiza la provisión de bienes y servicios en relación sectores vitales mencionados anteriormente influyen positiva o negativamente en la calidad de vida de las PcD.

En Colombia el plan de desarrollo nacional 2010-2014 en su tomo I capítulo IV denominado igualdad de oportunidades para la prosperidad social tabla IV-10 en metas de gestión del sector salud se propone, que partiendo de una base de identificación de 907.297 personas identificadas desde RLCPD al 2014 realizara identificación de dos millones de PcD. Lo cual aunque estamos en el 2015 no se ha cumplido. En cuanto a Salud como tal, se propone como meta “las personas con discapacidad tienen acceso a los programas de rehabilitación (en particular aquellos basados en la comunidad RBC) y a las ayudas técnicas necesarias para su autonomía”(23), lo cual tampoco se ha cumplido en su totalidad ni para aspectos mencionados como son Rehabilitación Basada en Comunidad ni acceso a ayudas técnicas para su autonomía. En este mismo capítulo cita número de metas de personas con y sin discapacidad unidas que accederían a programas educativos, teniendo como responsable el Ministerio de Educación cuando es conocido que las PcD presentan una característica como es la pobreza y no se encuentra ni presupuestos especiales para esta población ni compromiso de sectores indispensable para la asistencia de PcD a establecimientos educativos. Finalmente el Plan dice que el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces y la Comisión de Regulación en Salud evaluarán y desarrollarán las alternativas que permitan la prevención y el acceso progresivo en la atención integral en salud de la condición de discapacidad.

A nivel de Bogotá, en el plan de desarrollo 2012-2016 la Alcaldía Mayor (24) no cuenta con una estrategia, por medio de cual se tenga la garantía con presupuestos y articulaciones efectivas, para el acceso de PcD a mencionados servicios en aras de favorecer el derecho a la salud para toda la población Bogotana y esto es un aspecto a cuestionar; cuando desde la ley 715 de 2001 se dice que es responsabilidad de la dirección del sector en el ámbito municipal, Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud, para la población de su jurisdicción, lo cual debe ser revisado en aras de la equiparación de oportunidades para las PcD, cuando no cuentan con la suficiencia de recursos económicos ni siquiera para suplir necesidades básicas (25). Por lo que es

necesaria la comprensión de las dinámicas de las PcD para el acceso a servicios de salud, de forma que se puedan establecer compromisos reales claros y eficientes, donde se establezca el principio la corresponsabilidad entre los entes competentes y se establezcan metas claras a cumplir en la prestación de servicios de Salud y rehabilitación a las PcD, para que sean un hecho las promesas en pro de la equiparación de oportunidades frente a las necesidades de las personas con discapacidad.

La OPS en septiembre de 2013 celebró una reunión sobre discapacidad y desarrollo en la Asamblea General de la ONU, en Nueva York, donde acordó incluir a las personas con discapacidad en la agenda del desarrollo posterior a 2015. “El Plan de Acción 2014-2021 tiene como objetivo mejorar la salud, el bienestar y los derechos humanos de quienes tienen discapacidad a largo plazo” dadas características como imposibilidad de pagar asistencia sanitaria, mayor posibilidad de incurrir en gastos médicos catastróficos que las hundan en la pobreza, dificultad para adquirir los dispositivos de ayuda así como servicios de rehabilitación conexos que necesitan; por lo que el programa se propone “enfrentar los obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de atención de la salud, fortalecer y ampliar los servicios de habilitación y rehabilitación, entre ellos la rehabilitación basada en la comunidad y la tecnología asistencial; y apoyar la recolección de datos sobre la discapacidad, que sean apropiados e internacionalmente comparables, además de promover la investigación multidisciplinaria sobre el tema”. “En Documento de Asamblea General: el camino a seguir: una agenda para el desarrollo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad para 2015 y después de ese año”(26) se propone cumplimiento de objetivos de milenio para las PcD entre ellos, asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de atención de la salud, incluidos los servicios de atención primaria y especializada, entre otros medios, realizando inversiones en esos servicios y mejorando su asequibilidad para las personas con discapacidad; Asegurar la accesibilidad, adoptando el enfoque de diseño universal, mediante la eliminación de las barreras en el entorno físico, el

transporte, el empleo, la educación, la atención sanitaria, los servicios y la información, y la facilitación de dispositivos asistenciales, como los de la tecnología de la información y las comunicaciones, incluso en las zonas remotas y rurales, para realizar al máximo el potencial de las personas con discapacidad a lo largo de toda su vida.

Según censo DANE, en Bogotá al 2008 solo se ha identificado y caracterizado un total de 188.197 personas con discapacidad, aunque la cifra total de personas en el Distrito es de 7.155.052, lo que equivale a decir que hasta el 2008 la población con discapacidad equivale a 2,63 % de la población bogotana, según información DANE. Al 2015 teniendo en cuenta información solicitada desde el formato de Registro Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad desde el 2002 A Diciembre 2015 proporcionada por cubo del Ministerio de Protección Social se encuentra la identificación de un total de 239.584 Personas con Discapacidad en Bogotá que corresponde a 3,04% de la población total si se tiene en cuenta total de población bogotana que es de 7.878.783 (27) por lo que en el tiempo el porcentaje de PcD ha aumentado, sin embargo se sigue evidenciando un subregistro si se tiene en cuenta la prevalencia de discapacidad estimada desde la OMS que es superior al 10%. Para la realización investigación se tomara en cuenta la información disponible desde el cubo de registro de personas con discapacidad del Ministerio de la Protección social para identificar sus principales características.

4.2 ATENCION EN SALUD A NIVEL NACIONAL

La Organización Mundial de la Salud, desde su creación en el año de 1948, ha venido favoreciendo la implementación de diferentes modelos en salud; como parte de las estrategias se encuentran las reformas en salud , las cuales tienen como fin proporcionar respuestas a las necesidades y problemáticas en salud presentes en las sociedades de diferentes países de América Latina y por ende Colombia (28).

En Colombia, la constitución de 1991 en su artículo 49 explicita la garantía al derecho de la salud para todos los colombianos, en el artículo 13 refiere textualmente "todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan."(29).

Antes de la reforma de la ley 100 de 1993 existían 3 subsistemas de seguridad social en salud; el de seguridad social, el de asistencia pública u oficial y el privado. El subsistema de seguridad social comprendía los servicios prestados por medio del ISS que básicamente cubría a los trabajadores asalariados del sector privado y entidades de previsión social, y se financiaba con los aportes de trabajadores y patronos, así como aportes del presupuesto nacional. El subsistema público u oficial prestaba servicios por medio de la red de hospitales públicos, en los distintos niveles de complejidad Departamental y/o Municipal, el costo en salud se financiaba con recursos gubernamentales y algunos pagos de usuarios. El subsistema privado por su parte cubría a los grupos con más altos ingresos con planes de medicina prepagada o con seguros de salud y se financiaba con pago de primas, pólizas, seguros voluntarios y pagos directos. Bajo estos tres subsistemas hasta 1992, se buscó tener la cobertura de la totalidad de la población colombiana, sin embargo el 25% de la población colombiana no contaba con seguridad social en salud, y el que los tres subsistemas contaran con diferentes fuentes de financiación llevaban a que se tuviera una forma desarticulada de funcionamiento, el cual actuaba en condiciones de monopolio, con baja cobertura e ineficiencia en la gestión de recursos, por lo que se hablaba de que era un sistema excluyente, inequitativo y sin mecanismos de ayuda o solidaridad para con los menos favorecidos; afirman Juan C García , César A García y Luisa F Benítez 2012 “El modelo tenía una cobertura poblacional

relativamente baja, ya que solo se atendía al cotizante, mientras mantuviese esa condición, al cónyuge o pareja permanente en el evento de la maternidad y a los hijos menores de un año o a las personas con discapacidad durante más tiempo, pero solo en lo relacionado con su discapacidad”(30)

En 1993 se inicia la implementación de la reforma de la ley 100, la cual se ha ido “ajustando” por medio de varias leyes entre ellas la ley 1122 del 2007, con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud a la población colombiana, teniendo como fin el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- 1 Lograr la cobertura universal de un mecanismo de seguros que garantice el acceso a los servicios de salud.
2. Promover la eficiencia de la provisión de servicios
3. Mejorar la calidad de los servicios.

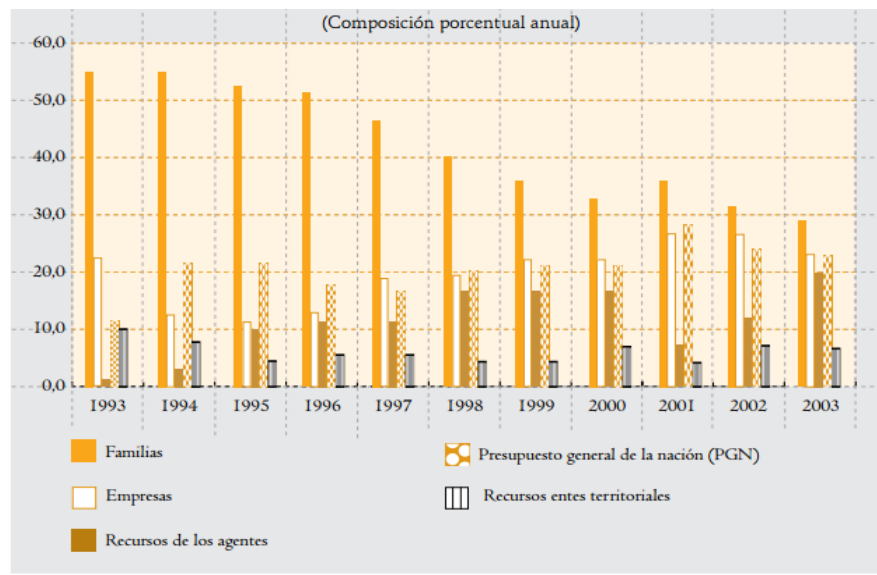
Con la reforma de 1993 surge la implementación del SISBÉN, el cual es tenido en cuenta tanto en el sistema de transferencias intergubernamentales, como en la prestación de servicios del régimen subsidiado por parte del Estado. Desde su primera versión en el año 1995 hasta la fecha, el SISBÉN ha sido el principal instrumento para la focalización del gasto público social, a nivel nacional. Sin embargo en la literatura no se encuentran estipulados los criterios bajo los cuales se vincula la población a nivel de SISBEN I o II.

Según ley 100 de 1993, la población colombiana debe ser afiliada a uno de los dos regímenes instaurados en Colombia, el subsidiado o el contributivo. El régimen bajo el cual la población colombiana se beneficia de los servicios de salud, depende la capacidad de pago y su vínculo laboral. La población pobre no asegurada, hace parte de la población Vinculada que también puede acceder a los servicios de salud de los diferentes niveles de complejidad. Tras la asignación de uno de los regímenes instaurados; los Colombianos seleccionan la Empresa

Promotora de Salud, en adelante EPS de orden subsidiada o contributiva que le prestaría servicios; sin embargo el desmonte de la red hospitalaria pública y la creación de las EPS eliminó los aprendizajes y la experticia alcanzados en la historia; no obstante se “permitió” la elección de la EPS por parte del individuo, esto con el fin de promover un mercado de competencia, conforme a los principios de la teoría de la competencia regulada resultando indispensable una reestructuración de las instituciones y la promoción de un sistema de incentivos para los nuevos agentes. Con la creación de EPS se pretendió una alcanzar una mayor descentralización administrativa y de prestación de los servicios de salud en el sector público; combinando la acción del Estado con la del mercado, se buscó alcanzar mejores condiciones de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios(28).

El documento del financiamiento del gasto en salud de 1993 a 2003 en Colombia calculó el gasto en salud en la siguiente proporción aproximada según 5 sectores: Familias con el 37.4%, Empresas 22%, Recursos de los agentes 13.4%, Presupuesto general de la nación con 21.6% y recursos de entes territoriales con un 5.6%, desde 1993 a 2003 el gasto en salud se financio entre los 5 sectores mencionados con las siguientes proporciones (28).

**Ilustración 1: Porcentaje de Financiamiento del Gasto Total en Salud.
Colombia 1993-2003**



Tomado de: Gilberto Barón Leguizamón, Cuentas Nacionales de Salud 1993-2003.

Dentro del financiamiento del gasto total en salud el sector que realizó mayores aportes es el de familias; sin embargo año tras año fue disminuyendo significativamente, no obstante nunca fue menor que los otros sectores que aportaban al financiamiento de la salud (presupuesto general de la nación, empresa, recursos entes territoriales, recursos de los agentes.)

Como se observara en la siguiente tabla, desde cada uno de los sectores se encuentran subcategorías que componen cada uno de los sectores que financian el gasto en salud de 1993- 1999. En este estudio se prestará especial atención a los sectores familia, presupuesto general de la nación y entes territoriales con sus subcategorías. Teniendo en cuenta que los modelos de salud, donde la salud se hace universal como derecho fundamental es esencialmente en el Estado y Entes territoriales(20).

Tabla 1: Sectores y Subcategorías del Gasto en Salud en Colombia 1993-2003

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
FAMILIAS	45,9	55,0	52,3	51,3	46,6	39,9	36,3	32,1	33,6	31,2	28,6
Seguros voluntarios y planes prepagados	3,6	3,7	3,7	3,3	3,2	3,4	3,9	4,2	4,3	4,1	5,2
Seguros obligatorios (SOAT)	0,0	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
Aportes seguridad social	7,7	11,2	13,2	17,5	11,3	11,0	12,7	14,0	15,2	13,8	13,5
Copagos cuotas y otros	0,0	0,0	0,0	0,2	2,4	2,4	2,2	1,2	1,6	1,8	0,9
Gasto directo o de bolsillo	43,7	39,6	35,0	30,1	22,6	22,6	17,2	11,2	11,7	10,0	7,5
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,4	1,1	1,1
PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION	11,9	21,6	22,0	18,1	16,6	20,2	20,9	22,0	27,9	24,6	22,6
Obligación patronal	3,7	3,7	4,1	4,0	2,0	2,5	2,8	3,1	3,2	3,2	2,9
Partida Ordinaria entidades salud	0,6	4,7	5,5	3,8	3,8	5,1	4,1	4,5	7,3	5,8	5,4
Transferencias de la nación	7,4	10,4	7,9	8,3	9,0	9,6	10,9	11,4	17,2	13,5	13,7
Otras partidas	0,2	2,8	4,4	2,0	1,8	3,0	3,1	3,0	0,2	2,0	0,7
RECURSOS ENTES TERRITORIALES	9,7	7,9	4,6	5,7	5,9	4,8	4,8	6,5	4,7	6,4	6,0
Departamentales (rentas cedidas)	8,0	7,6	4,5	4,2	3,8	2,8	2,4	3,1	3,9	4,7	4,0
Municipales	1,7	0,3	0,0	1,5	2,1	2,0	2,4	3,4	0,8	1,8	1,9
EMPRESAS	22,7	12,6	11,2	13,5	18,9	19,4	22,3	26,1	26,5	26,1	22,9
Seguros y planes prepagados	3,7	2,9	2,7	2,3	2,4	2,9	3,1	3,0	3,1	3,1	1,4
Seguros Obligatorios (SOAT)	0,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Aportes patronales seguridad social	15,2	5,9	4,5	7,1	12,6	12,4	15,2	18,0	18,6	17,8	16,5
Aportes nomina	3,7	3,6	3,8	3,9	3,8	3,9	3,8	5,0	4,7	5,0	4,7
Recursos de los Agentes	0,9	2,9	9,9	11,5	12,0	15,8	15,6	13,3	7,3	11,7	19,9

Tomado de: Gilberto Barón Leguizamón, Cuentas Nacionales de Salud 1993-2003.

De 1993 hasta 1995 en el sector familias, no se presentan porcentajes de aportes en copagos ni cuotas moderadoras, sin embargo el gasto de bolsillo que representa el mayor aporte fue representativamente más alto en estos mismos años. En 1996 se tienen los aportes más altos de seguridad social con 17,5 % de participación. En esta tabla se puede ver cómo año a año mientras el presupuesto de familia disminuye, aumenta el presupuesto general de la nación. Los entes

territoriales tienen una participación en porcentaje poco representativa siendo las mayor en 1993 con un porcentaje de 9.7

Dentro de la categoría de familias en la subcuenta de gasto directo de bolsillo que proviene de tres fuentes “(a) pagos de bolsillo puros o directos, los cuales financian los bienes y servicios utilizados al momento de requerir atención en salud y que no están relacionados con algún mecanismo de seguro; (b) “una segunda forma de gasto de bolsillo, corresponde a los pagos realizados como contribución adicional (formal o informal) al momento de utilización de servicios públicos financiados, por lo general, vía impuestos generales” y (c) “una tercera clasificación es la de aquellos desembolsos realizados por los afiliados a algún sistema de aseguramiento –público o privado–, que buscan compartir los riesgos financieros del gasto en salud con el afiliado”(31).En el 2004, la subcuenta de copagos cuotas y otros, son normados desde el acuerdo 260 de 2004(32), con participación en porcentajes específicos para el pago de copagos o cuotas moderadoras con las cuales las personas pueden acceder a la prestación de servicios de salud entre ellos los servicios de rehabilitación para las PcD.

Los servicios en salud del plan obligatorio de salud en adelante POS conturbativo y subsidiado venían con grades diferencias desde 1993 hasta el 2012, cuando el Estado “unifica” la Unidad de pago por capitación para los regímenes existentes (subsidiado y contributivo) con “la expedición del Acuerdo 032 de la CRES se fijó la UPC del régimen subsidiado en un valor de \$ 433.666, con un adicional del 11% para un conjunto de regiones (Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Choco, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés y Vichada).A su vez el Acuerdo No 030 del 2011 fijo una prima de \$547.639 para atender a los afiliados al régimen contributivo. Pero de todas maneras esto plantea un problema de desequilibrio financiero para las EPS del Régimen Subsidiado, lo que ha conducido a que muchas de ellas no cumplan con los criterios de calidad e inclusive a que prefieran retirarse del sistema”(31).

La Comisión de Regulación en Salud, según Acuerdo 032, al unificar los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad, con UPC fijada para ambos regímenes, hace que dentro de los procedimientos no quirúrgicos, se realice una nueva inclusión en el POS, como lo es la atención domiciliaria de enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas nutricionistas y dietistas(33). Lo cual es un avance significativo que no solo debe cubrir a la población en el rango de edad mencionado sino a toda la población especialmente a las PcD. El 23 de Diciembre del 2014, el Ministerio de protección social publica la resolución 5925 del mismo año, la cual regiría a partir del 1 enero del 2015, donde se establece UPC fijada para régimen Subsidiado y Contributivo; el cual contempla diferencias según tipo de régimen, rango de edad, sexo así como Departamento(34).

Para el régimen para el régimen Subsidiado, la UPC es fijada en \$563.590,80 equivalente a un valor diario de mil quinientos sesenta y cinco pesos con cincuenta y tres centavos moneda corriente \$1.565, 53 y para el régimen contributivo se fija la UPC en la suma de “seiscientos veintinueve mil novecientos setenta y cuatro pesos con ochenta centavos moneda corriente \$629.974,80, que corresponde a un valor diario de mil setecientos cuarenta y nueve pesos con noventa y tres centavos moneda corriente \$1.749,93.

En la siguiente tabla se reconoce un valor anual según tipo de régimen y rango de edad. En la resolución 5925 del 2014 también se contempla un porcentaje pequeño adicional según características de población indígena y dispersión geográficas.

Tabla 2: Gasto en Salud por UPC Según Rango Etéreo y Número de Población a Nivel Nacional

Grupo Edad de Población	Valor Año UPC Subsidiada	Valor Año UPC Contributiva	Diferencia de UPC entre Régimen Contributivo y Subsidiado	Número de Población Nacional	Por Edad y por Sexo Masculino	Por Edad y por Sexo Femenino
Menores de un año	1.558.555	1.869.703	311.148	4.321.637	2.211.071	2.110.566
1-4 Años	460.962	600.364	139.402			
5-14 Años	184.125	209.718	25.593	8.541.386	4.364.751	4.176.635
15-18 Años Hombres	216.813	199.690	-17.123	4.345.112(15 -19 años)	2.218.821 (15 -19 años)	2.126.291 (15 -19 años)
15- 18 Años Mujeres	359.625	315.867	-43.758			
19-44 Años Hombres	461.544	355.683	-105.861	17.875.343 (20 -44 años)	8.881.407 (20 -44 años)	8.993.936 (20 -44 años)
19-.44 Años Mujeres	572.270	659.898	87.628			
45-49 Años	584.780	652.716	67.936	2.883.795	1.375.401	1.508.394
50-54 Años	731.145	832.510	101.365	2.680.490	1.275.603	1.404.887
55- 59 Años	886.978	1.017.662	130.684	2.218.791	1.046.914	1.171.877
60-64 Años	1.097.028	1.309.716	212.688	1.728.396	813.311	915.085
65-69 Años	1.359.662	1.629.176	269.514	1.307.382	608.850	698.532
70-74 Años	1.658.311	1.955.001	296.690	926.841	421.960	504.881
75 y Mayores	2.061.334	2.456.712	395.378	1.374.232	581.590	792.642

Fuente: Resolución 5925 del 2014 y Proyección DANE 2015. Procesado por la autora del trabajo de grado.

Teniendo en cuenta cifras fijadas es evidente que las UPC son mayores en casi todos los rangos de edad de para el régimen contributivo, excepto en los rangos de edad de 15 – 44 años donde es levemente superior para régimen subsidiado,

sin embargo es en este rango de edad donde se concentra la mayor cantidad de población a nivel nacional.

En el rango de edad de 19 – 44 años es donde se encuentra la mayor cantidad de población a nivel nacional, considerando un incremento aproximado a \$ 135.000 pesos para mujeres en edad fértil del régimen subsidiado, para el régimen contributivo en este mismo rango de edad se observa incremento aproximado a \$110.000. Con lo que al parecer mejoraría ingresos para EPS Subsidiadas No obstante es de resaltar que UPC anterior tan bajo y que llevo al cierre de más del 50% EPS Subsidiada tardará un buen tiempo en recuperarse si lo logra, adicionalmente es importante tener en cuenta que en ningún momento desde la resolución se reconoce un valor adicional para atención de PcD y sin embargo las necesidades de cuidados y atención en salud si implican mayores costos para las PcD como ya se ha evidenciado. De todas maneras sí es un adelanto el que se empiece a reconocer la necesidad de tener en cuenta gastos adicionales para acceso a servicios de salud.

Es importante de cualquier manera tener en cuenta que, como consecuencia del desfinanciamiento de las EPS Subsidiadas a noviembre del 2015, solo quedan tres EPS subsidiadas (CAPITAL SALUD, CAPRECOM Y UNICAJAS), cuando en el primer semestre del 2012, antes de acuerdo 032, aun subsistían 7 EPS-S (35) (HUMANA VIVIR, ECOOPSOS, SOLSALUD, COLSUBSIDIO, CAPITAL SALUD, CAPRECOM Y UNICAJAS), con lo que también se afecta la tanto la oportunidad como la calidad en el servicio de salud⁵, ya que este es posiblemente su único recurso para su subsistir realizando contratación de mano de obra profesional barata con una remuneración que desdibuja la labor de profesionales en la salud e influye negativamente en la dignificación de estos profesionales en el ejercicio de su labor, lo cual de una u otra manera entra a afectar aún más a la población más pobre y vulnerable.

⁵ Servicio de salud: atención proporcionada desde perfiles de salud y rehabilitación

En Colombia, Martínez 2012 en su libro describe, como desde la exposición de motivos de la reforma tributaria presentada por el gobierno al congreso, se encontró que Colombia es el séptimo país más desigual del mundo y con un nivel de desigualdad que no disminuye sustancialmente en los últimos años, a diferencia del resto de los países de América Latina. Sin embargo se socializa que los impuestos directos e indirectos, así como las transferencias directas, podrían contribuir a aliviar esta situación si se distribuye de manera progresiva la carga fiscal entre la población. Para Colombia,

“el sistema tributario no tiene ningún efecto redistributivo por lo que del total de la población económicamente activa (23 millones de personas), un 20% paga impuesto de renta (4,6 millones), de los cuales 3,5 millones no son declarantes del impuesto pero contribuyen a través de sus retenciones en la fuente. Las personas que no declaran pagan entre el 11 y el 7% del ingreso, mientras que las que declaran con salarios de \$8 millones al mes pagan en promedio el 2% de su ingreso bruto como impuesto y aún peor, personas con salarios 10 veces superiores pueden estar tributando menos del 1% de su ingreso mensual” (31).

El no pago de tributación correspondiente al nivel de ingresos en las clases altas a nivel socioeconómico, hace que la fijación de la UPC para el subsidiado sea menor y un pago menor al requerido por afiliado del régimen subsidiado corresponde a una decisión que pone en grave riesgo la estabilidad económica de las instituciones, los proveedores e incluso los trabajadores del sector salud, que deben sobrevivir bajo una lógica de mercado, de acuerdo con la “normatividad” porque la unidad de capitación (UPC), fijada por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) para el Régimen Subsidiado, no responde a los costos reales de la prestación de los servicios a esta población sino a las posibilidades fiscales establecidas por el Ministerio de Hacienda y, como consecuencia, se había desencadenado la grave crisis financiera de las EPS en el país, con sus efectos

de falta de acceso a los servicios, falta de calidad de los mismos y en última instancia, negación del derecho de la salud (31).

En cuanto a la salud como condición y derecho que debería primar en el ser humano el libro de Financiación y segmentación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud 2012, cita a la OMS quien en su informe del 2010 dedicado a los problemas del financiamiento de los sistemas de salud en el mundo, menciona la importancia que adquiere la promoción y protección en salud, como un factor clave del bien-estar humano y de desarrollo económico y social sostenible a su vez el Alma Ata y la OMS subrayan cómo principio de la salud: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”, contribuye a una mejor calidad de vida e incluso a la seguridad y paz mundiales, y también afirman que la gran desigualdad en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y motivo de preocupación común para todos los países.

Tabla 3: Datos de Población Subsidiada y Contributiva e Indígena en Bogotá 2012 y 2014

Población	SISBEN 1	SISBEN 2	Población SISBEN 1y2	Población indígena	SISBEN 1 y 2 más Población Indígena menos Población 1 y 2 SISBEN Afiliada al Régimen Contributivo (población susceptible de ser afiliada al régimen Subsidiado)	Población por Año 2012 y 2014 según Reporte de Afiliados al Régimen Contributivo	En el 2012 tomando la población total de Bogotá el % de individuos subsidiados puro corresponde al 11.6% de la población Bogotana; el 72.4% corresponde a afiliaciones en contributivo (con salvedad de permanencia que se dará posteriormente en el texto) ; el 14.3% tiene
Total Bogotá al 2012	1.520.185	444.442	1.964.627	14.095	879.183	5.485.967	

							asignación de SISBEN con posibilidad de contributivo según posibilidad de recursos y el 0,18 % es población indígena; Para un total de 98,48 %, por lo que aproximadamente un 1,52 % de la población no se encuentra afiliada en salud.
LA POBLACIÓN TOTAL BOGOTÁ AL 2014 ES DE 7.776.845	1.716.127	479.959	2.196.086	4.073 + población desplazada a no identificada en niveles 1 y 2 SISBEN 171.190 personas. + Población desplazada a no afiliada 29.617 personas	SISBÉN 1 Y 2 MAS POBLACIÓN INDÍGENA MENOS POBLACIÓN 1 Y 2 SISBÉN REGISTRADA EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y EN RÉGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN (Población susceptible de ser afiliada al Régimen Subsidiado) 910.388	5.766.290	En el 2014 tomando la población total de Bogotá el % de individuos subsidiados puro corresponde al 11.7% de la población Bogotana; el 74.1% corresponde a afiliaciones en contributivo (con salvedad de permanencia que se dará posteriormente en el texto) ; el 16.5% tiene asignación de SISBEN con posibilidad de contributivo según posibilidad de recursos y el 0,05 % es población indígena; Para un total de 102 %, pero adicionalmente se registra un 0.38 de población en desplazamiento que no se encuentra afiliada en salud.

Tomado de Ministerio de Salud en certificación de coberturas de régimen subsidiado por año 2012 y 2014 y de Reporte del número de Afiliados BDUA - Régimen Contributivo 2011-2014.

En Colombia la base de datos única de afiliación BDUA, contempla la cobertura en salud del régimen contributivo, para Bogotá en los años de 2011 al 2014 (36); Sin embargo, es importante tener en cuenta que dentro de esta población, se contempla lo que es la población que ha estado afiliada, no la población que se encontró accediendo a servicios, lo cual solo quiere decir que es población que ha estado afiliada en algún momento (mes del año de estudio) y que es población que posiblemente, se alcanzó a beneficiar de servicios en salud dentro del

régimen contributivo, por algún periodo de tiempo del año de donde se toma la cifra para este caso (2012 o 2014). Pero se debe tener en cuenta también que, por múltiples factores como pueden ser la inestabilidad e informalidad laboral, (formas de trabajo que caracterizan nuestro país) en la actualidad puede no se encuentren recibiendo los servicios salud requeridos y contemplados desde el POS Contributivo, por características propias del sistema de salud actual que hacen que por dejar de realizar pago mensual (cotización) dentro régimen contributivo, puedan estar buscando la forma de activarse en el SISBEN 1, o 2, que contempla una cobertura en servicios de salud menor a la del régimen contributivo o buscando encontrar una fuente de ingresos suficiente, que por características del sistema de salud, le permita continuar con la cotización que inicio y que por informalidad laboral y escasos ingresos no ha podido dar continuidad. Para el régimen subsidiado la cobertura contemplada es la certificada por el Ministerio de Salud en los años de 2012 y 2014 (37).

Desde la tabla se puede evidenciar, que aunque en los dos años tomados 2012 y 2014 la población afiliada al régimen contributivo resulta ser superior a la subsidiada; no es posible evidenciar la permanencia en el acceso a servicios de salud de las familias que se afilian al régimen contributivo. Adicionalmente se encuentra que en el año 2012, hay una cantidad de aproximadamente 1.085.444 personas y en el año 2014 1.285.698 personas, que no se establecen como fijas dentro del régimen subsidiado ni contributivo y que aunque tienen asignación de un nivel de SISBEN, son sensibles a ser del régimen contributivo ante la posibilidad de contar con los ingresos para realizar cotización que son los que resultan de restar la población con SISBEN I y II menos la categoría de "SISBÉN 1 Y 2 más población indígena menos población 1 Y 2 SISBÉN registrada en el régimen contributivo y en regímenes especiales y de excepción (Población susceptible de ser afiliada al Régimen Subsidiado)" para el año 2012 y la categoría para el 2014 que se denomina "SISBÉN 1 y 2 más población indígena menos población 1 y 2 SISBÉN registrada en el régimen contributivo y en regímenes

especiales y de excepción (Población susceptible de ser afiliada al Régimen Subsidiado)".

En el 2012 no se reporta la población desplazada de forma diferencial a la población indígena por lo que se presume se encuentra en alguna de las dos poblaciones mencionadas (SISBEN O DESPLAZADAS). En el 2014 si ya se toman cifras de población de forma discriminada, sin embargo el número de personas en Bogotá superaría la cifra estimada por el DANE, sin contar la población no desplazada y no afiliada en salud.

4.3 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y REHABILITACION PARA LAS PCD

En Colombia actualmente, las personas con discapacidad cuentan con acceso a servicios de salud, según su régimen de afiliación, bien sea a nivel contributivo o subsidiado, también se pueden beneficiar de algunos servicios de rehabilitación, por medio de programas sociales acordes a presupuesto asignado desde plan de gobierno vigente, de estos últimos es de anotar la limitación en cuanto a criterios de selección por coberturas; es así como el acceso a servicios de rehabilitación debe proporcionarse según régimen de afiliación establecido desde el ley 100 de 1993, sin embargo para las PcD que tengan SISBEN, o que demuestren grado de discapacidad severa o que sean menores de 5 años y mayores de 65 cuentan con gratuidad en cuanto a copago. Pero de todas maneras si se tienen en cuenta características de PcD, donde quienes pertenecen a un nivel I del SISBEN, son aquellas que no presentan ingresos o peor aún que no cuenta con los debidos servicios de acueducto y/o alcantarillado, recolección de basura, luz, entonces quienes son personas de un nivel dos, en ningún momento podrían ser personas con la capacidad económica para satisfacer todas sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, pago de servicios públicos) y además contar con recursos adicionales para solventar costos de copagos y menos aún los costos indirectos (tiempo de cuidador), pago transporte.

Los costos indirectos(38), son los causados de forma indirecta, para la atención en salud y programas sociales de las PcD, para las PcD que son aquellos que resultan de la necesidad derivada de alteraciones permanentes en las funciones de órganos y estructuras corporales, que afectan la independencia y autonomía de la persona, siendo ejemplo de ellos la necesidad de un cuidador, como sucede cuando se presenta un grado de discapacidad, moderado o severo en cualquier edad, por lo que requiere del tiempo y cuidados de un familiar (cuidador) en edad laboralmente activa, o de alguna persona que realice labor de cuidador, con costos correspondientes al pago de un cuidador, así como pago y uso de transporte, lo que a su vez se traduce en menor posibilidad de ingresos para la familia de la PcD, contribuyendo entonces a fortalecer círculo de pobreza; lo mismo sucede si el grado de discapacidad es leve, pero la edad de la persona en condición de discapacidad, la ubica como un menor de edad o adulto mayor, igualmente requiere de un cuidador y por ende el asumir los costos de pago de transportes en desplazamientos hasta el centro de atención para servicios de rehabilitación, así como alimentación de persona en condición de discapacidad y cuidador y además el pago del copago.

En el caso de personas con discapacidad dentro del régimen contributivo, se debe realizar el pago de cuota moderadora, la cual varía según el ingreso base de cotizante y aplica para cotizante o beneficiarios de la siguiente manera, *“para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente, para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente y para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente”*(32). Por lo que este costo y todos los anteriores mencionados como costos indirectos y transporte, son asumidos por los familiares de las personas en condición de discapacidad.

Adicionalmente, se encuentra el hecho de que la oferta institucional pública de servicios de rehabilitación, en el Distrito capital para muchas personas no se encuentra en su misma localidad, lo cual representa una barrera de significativa dimensión de geográfica según Hernández Bautista y Jiménez 2012 (39).

En consecuencia y teniendo en cuenta que las familias de PcD deben asumir costos de pago de cuotas moderadoras o copagos para el caso de régimen contributivo, y en caso de dos regímenes contributivo y subsidiado costos indirectos, transportes y considerando barrera geográfica para poder acceder a un servicios de salud; es indispensable disponer de un estudio mínimo de costos para el acceso a servicios de rehabilitación por un mes, por lo que se debe considerar que una PCD y su cuidador utilicen un mínimo 4 horas, lo cual en costos teniendo en cuenta ingreso de salario mínimo legal vigente corresponde a \$13.000 más el costo de 4 pasajes bus(PcD y Cuidador) \$ 6.000, mas cuota de copago o de recuperación financiera del sistema de salud para régimen contributivo que corresponde a un valor de aproximado de \$2.500, entonces esto en suma corresponde a un valor aproximado por una cita en un día de un valor de \$ 21.500 para régimen contributivo y \$19.000 para régimen subsidiado; lo cual es una suma considerable que puede representar el costo de alimentación de uno e inclusive dos días, por lo que si en un mes una persona pobre por definición del SISBEN asiste de 2 veces por semana, estaría gastando alrededor de la tercera parte de su salario \$ 152.000 para régimen subsidiado y \$180.000 régimen contributivo, lo cual es un punto crítico a tener en cuenta en la búsqueda de la equiparación de oportunidades, para todos los colombianos. Este estimativo, aunque incipiente es necesario para la participación de las personas con discapacidad y sus familias en proceso de rehabilitación y equiparación de oportunidades y por ende en la contribución en la disminución de la pobreza, no obstante no se ha tenido en cuenta aun desde la formulación de políticas, ni programas ni planes de desarrollo Nacional ni Distrital. Por lo que muchas personas con discapacidad al no contar con recursos económicos suficientes prefieren omitir la rehabilitación e inclusive

desde la experiencia ha sido evidente como en algunos casos desconocen la existencia de servicios de rehabilitación o cual es la función que desempeñan.

Es evidente entonces, como en Bogotá las personas con discapacidad, para poder acceder a una intervención de rehabilitación o de especialista específica, deben sortear una gran cantidad de barreras, desde el acto inicial sacar citas, si la exigencia de quien presta servicio de salud es hacerlo de forma presencial, hasta hacer uso de transporte urbano, contar con cantidad de tiempos de cuidador por grado de dependencia de la PcD, según distancia de centro de rehabilitación para atención y sin embargo en la actualidad para el cuidador, estos tiempos son perdidas en términos de productividad laboral e ingresos para el hogar; pues es la familia quien asume estos tiempos de no productividad económica, así como quien debe enfrentar y sortear barreras físicas del área urbana, de instituciones de salud y realizar copagos, por lo que entonces, es claro que para acceder a cada intervención una PcD y su familia deben sortear barreras de orden económico, social, geográfico y físico.

A su vez y adicionalmente a las situaciones anteriores, debe afrontar las mismas falencias en la calidad de la prestación de servicios que otro Colombiano cualquiera, que no tenga discapacidad y pertenezca al régimen subsidiado, dado que las UPC pagada a las EPS –S resulta insuficiente, lo que a su vez se traduce en insuficiente remuneración a los diferentes perfiles del área de la salud y falta de oportunidad en servicios que finalmente se convierte en servicios de salud de cuestionable “acceso” y “calidad”; no obstante desde la legislación colombiana se habla del derecho fundamental de la salud, con características de oportunidad, seguridad, equidad y solidaridad, sin embargo según se ha podido revisar no se cuentan con los mecanismos suficientes de regulación ni financiamiento que permitan el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, para una persona que no presenta discapacidad, lo que cuestiona aun en mayor medida el acceso a servicios de salud y especialmente rehabilitación para una PcD, como se evidenciará en análisis de resultados de características de RLCPCD que

inicialmente y hasta el 2010 fue recogida desde el DANE y posteriormente hasta el 2015 desde el Ministerio de Protección social

Como ya se ha mencionado, Colombia es uno de los seis países de mayor desigualdad económica del mundo, ubicándose entre el quinto y séptimo puesto en los últimos años, por lo que vale la pena pensar e interrogarse de lo que está pasando a nivel de Gobierno y políticas económicas, y es allí donde en aras de promover la igualdad constitucional, resulta importante tener en cuenta lo referido por Luis Felipe López Calva, economista jefe y coordinador del área de pobreza, que en su artículo de economía del diario el tiempo, expone “es necesario ir más allá de las intervenciones para reducir la pobreza y formular e implementar políticas públicas enfocadas a reducir la desigualdad” y que además afirma "No hay desarrollo sin igualdad" haciendo un llamado urgente los gobiernos para que ejecuten políticas públicas, como la fiscal, enfocadas exclusivamente a mejorar en ese aspecto(40). En este mismo artículo Cesar Caballero coordinador local del informe de desarrollo humano del PNUD apoya la intervención Luis Felipe López y refiere que la estructura Tributaria en Colombia es inequitativa, dado que se basa más en el impuesto al consumo y mucho menos en el de renta, cuando debería ser lo contrario. Por lo que afirma "el reto del Gobierno y la sociedad es reducir la desigualdad", "que es muy alta, persistente y se reproduce en un contexto de baja movilidad socioeconómica".

A nivel del Distrito, el plan de desarrollo Distrital 2012-2016 (24), no cuenta con coberturas medidas en número de personas con discapacidad a beneficiar desde cada programa y actividades específicas, con las cuales se pudiera responder a las diferentes necesidades de esta población en los diferentes ciclos vitales aunque si se cuenta con población específica identificada con discapacidad por ciclo vital según RLCPCD. El plan cuenta con tres ejes que son : superar la segregación social, adaptar la ciudad al fenómeno del cambio climático y la defensa de lo público; pero no cuenta con especificidad de abordaje a la población con discapacidad, y dada la forma como están puestas las acciones dentro del

plan de Desarrollo de Bogotá, (por etapas de ciclo vital) no se permite dar cuenta de acciones específicas ni de la real cobertura proyectada para la atención en salud de PcD, y por ende tampoco se puede identificar el aporte a una real equiparación de oportunidades, lo cual es cuestionable en la medida que no se tiene una cobertura establecida aun para la población "mínimamente identificada" teniendo en cuenta características de sub registro según lo establecido por la OMS.

4.4 PROGRAMAS DE ATENCION SOCIAL PARA PCD QUE PROMUEVEN EL USO DE SERVICIOS DE REHABILITACION

En el Conpes 117, de agosto del 2008, se toma como fuente el Departamento de planeación del mismo año y desde allí, se relacionan 8 instituciones con 31 programas sociales. Entre las instituciones se encuentran (ICBF, agencia presidencial para la acción social y la cooperación internacional, el Ministerio de la Protección Social, Ministerio de la Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio del Medio Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial, SENA, ICETEX y Ministerio de Educación) y todas utilizan el SISBEN, como instrumento para la focalización del gasto en los 31 programas sociales descritos en la página 21 del CONPES, entre mencionados programas, dentro de la institución del ministerio de protección social, se encuentra el programa de régimen subsidiado de salud, sin embargo es de anotar que el SISBEN, como instrumento focalizador de población vulnerable, no cuenta con evidencias en la literatura sobre la forma como se asigna el nivel del SISBEN a los encuestados, simplemente se identifica que es por medio del diligenciamiento de plataforma del sistema que finalmente se arroja el nivel de SISBEN(41).

Entre las instituciones con programas sociales para todas las edades, se encuentran los ofrecidos por la Secretaría de Integración Social, institución que también reconoce el SISBEN (Sistema de identificación de selección de beneficiarios de subsidios de los programas sociales del estado) como instrumento focalizador; mencionada institución en acuerdo al artículo 86 del Acuerdo 257 de 2006, expresa que tiene como misión liderar y formular, en la perspectiva del reconocimiento y la garantía de los derechos, las políticas sociales del Distrito Capital para la integración social de las personas, las familias y las comunidades, con especial atención para aquellas que estén en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad, ejecutar las acciones que permitan la promoción, prevención, protección, rehabilitación y restablecimiento de sus derechos, mediante el ejercicio de la corresponsabilidad y la cogestión entre la familia, la sociedad y el Estado; en consecuencia la Secretaria de Integración Social, crea criterios de ingreso, egreso, priorización y restricciones por simultaneidad para el acceso a los servicios sociales en los 8 Proyectos (infancia y Adolescencia Feliz y Protegida Integralmente, Jóvenes Visibles y con Derechos, Adulthood con Oportunidades, Familias Positivas: Por el derecho a una vida libre de violencias y a una ciudad protectora, Atención Integral por la Garantía de los Derechos para una Vejez Digna en el Distrito Capital Años Dorados, Institucionalización de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Fortalecimiento para la gestión integral local) (42). La existencia de estos programas son un avance, si se tiene en cuenta que en programa de centros crecer para menores de 18 años con discapacidad leve o moderada donde obtiene servicios terapéuticos grupales de 7: am – 4:00pm sin ningún costo, a su vez cuentan con ruta cuando el centro Crecer está ubicado en espacios distantes a la vivienda de la PCD, sin embargo la cobertura de estos programas no alcanza a cubrir las cuantías de PCD existentes que cumplen con características que aplican a centros crecer aunque la población identificada desde el formato de registro localización y caracterización evidencia sub-registro según cifras estimadas por la OMS 2010. Adicionalmente es necesario preguntarse qué pasa con las personas con discapacidad, que no cuentan con las

características de edad o grado de discapacidad para acceder a centros crecer, pues la única fuente de beneficio es contar con bono de discapacidad el cual corresponde a \$125.000 o mercado, cuantía insuficiente para suplir necesidades vitales (salud, educación, vivienda, alimentación) y que adicionalmente tampoco cubre el 100% de las personas con discapacidad.

Lo anterior si bien resulta un avance, es cuestionable porque en Colombia y específicamente y para el caso de este estudio en Bogotá, aún no se cuenta con las políticas ni normas lo suficientemente explícitas, en articulaciones metas, indicadores y asignación de presupuesto en favor del derecho a la salud para todas las personas en condición de discapacidad quedando en entredicho la función del Estado como ente regulador para el acceso a servicios de salud por parte de las PCD, lo que por el contrario va en vía de la deslegitimación o desconocimiento por parte del Estado de las necesidades de la población con discapacidad.

Es por esto, que se puede afirmar que aún hay mucho por gestionar, en torno a las acciones que permitan una verdadera equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad a nivel del Distrito Capital.

No basta, solo con la formulación de la política pública de discapacidad construida desde el 2007, pero que aún no ha creado a un los vínculos correspondientes, ni organización de presupuesto para programas e instituciones, que beneficien a determinado número de PCD, de características específicas y que a su vez cumpla con la divulgación abierta, de la existencia de los mismos, que permita realmente identificar cifras de PCD beneficiadas en un tiempo y a beneficiar con programación de presupuesto.

En este sentido también es necesario mencionar que aunque se cuenta con evaluación de mencionada política al 2012(12), no se evidencia necesidad de financiamiento de costos indirectos para población con discapacidad, ni se soporta la necesidad de establecimiento de recursos financieros con numero metas por

programas que demuestren la cobertura y el crecimiento de la misma en cuanto a número de PCD en los diferentes ciclos vitales, con diferentes grados de discapacidad.

5. METODOLOGIA

El presente trabajo de grado, es de tipo descriptivo- retrospectivo, cuyo objetivo fue la caracterización de la población con discapacidad en Bogotá y el análisis de su acceso a los servicios de salud. Para tal propósito, el trabajo se desarrolló en tres fases cuyos elementos se describen a continuación.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

- FASE I Análisis Documental de Políticas Públicas y Marco Legal Existente, y trabajos de grados tipo maestrías o doctorados.
- FASE II Estudio descriptivo retrospectivo que se basará en una caracterización de la población, basado en fuentes primarias estadísticas (DANE 2010 y Ministerio Protección Social 2015) que incluyen las variables de interés para este estudio.
- FASE III Análisis descriptivo de 5 casos a través de entrevistas realizadas a las personas en condición de discapacidad.

5.2 POBLACION

Cinco Personas con discapacidad de cinco localidades diferentes de Bogota Distrito Capital

5.3 MUESTRA

La población con discapacidad estudiada, es la identificada desde el formato de RLCPCD (Registro, Localización y Caracterización de Persona con Discapacidad) del Distrito Capital. Para el diseño del formato en mención, el DANE y el Ministerio de Educación, se basan en el enfoque teórico recomendado por la OMS; que es el enfoque teórico de la CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, bajo el cual se integran modelo médico y social, incluyendo el enfoque biopsicosocial que "propone la multidimensionalidad dentro

del concepto de la discapacidad (lo biológico, lo emocional y lo social), que proporciona una visión coherente de las diferentes dimensiones de los estados de salud, desde una perspectiva biológica (corporal), psicológica (individual) y social (entorno), por este motivo para el presente estudio se retoma la CIF y los modelos bajo los cuales fue concebida. En esta medida, se pretende obtener información socio demográfica real con confiabilidad de base de datos suministrada DANE 2010 y por el Cubo del Ministerio de la Protección Social, hasta donde las mismas los permitan obteniendo una lectura, lo más aproximadamente posible a la identificación de las características de las personas con discapacidad y su acceso a los servicios de salud(5). Este párrafo está muy denso y se pierde con facilidad la idea. Importante revisar el tema de la redacción, hay signos de puntuación mal empleados y le restan cohesión al texto.

Para este estudio descriptivo la muestra estuvo conformada por población con discapacidad registrada y compilada por el DANE de los 188.197 formatos de Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad – RLCPCD diligenciados en un periodo de tiempo de agosto del 2002 a junio del 2008, tiempo durante el cual la información estuvo a cargo del DANE y el Ministerio de Educación Nacional, tiempo en el cual se dispone de información por localidades. Posteriormente desde aproximadamente Julio de 2008 hasta octubre del 2015, tiempo durante el cual la información ha estado a cargo del Ministerio de Protección Social; desde ambas instituciones, se ha tenido como fin identificar información básica de las 236.090 PcD encuestadas bajo el instrumento de registro y caracterización de personas con discapacidad en el Distrito Capital; disponible por medio de consulta de base de datos del cubo de discapacidad del Ministerio de Protección Social.

Adicionalmente desde este proyecto se realizó de manera ilustrativa el análisis de entrevistas a cinco casos de Personas con Discapacidad en el Distrito Capital, de diferentes localidades, en diferentes etapas de ciclo vital.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

FASE I literatura y documentos relacionados con el estudio de las características sociales, políticas y económicas de la población con discapacidad, marco legal existentes y relación con el acceso a servicios de salud y rehabilitación .

FASE II Personas con Discapacidad de las 20 localidades del Distrito Capital identificadas desde el formato de registro y caracterización de personas con discapacidad DANE 2002 -2015

FASE III Personas con Discapacidad en el 2015 habitantes de Bogotá en diferentes etapas de ciclo vital.

Revisar redacción.

5.5 VARIABLES

Las variables a tener en cuenta, para la identificación de características de las personas con discapacidad que a su vez pueden favorecer o restringir el acceso de esta población a servicios de salud son:

Variables de la persona: edad, sexo, tipo de discapacidad, estructuras o funciones con alteración, dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas, estrato socioeconómico, causa a la cual atribuye su recuperación, según tipo de rehabilitación ordenada.

Variables Geográficas: Localidad de residencia, puntos de atención.

Variables de acceso y calidad: Cobertura en salud, Capacidad de Pago, Redes de Apoyo, persona o entidad ejecutora del gasto en rehabilitación, nivel educativo alcanzado, causa por la que no accede a servicios de rehabilitación.

5.6 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE MUESTRA Y ENTREVISTA

Para la Fase I: documental, se realizó un análisis evolutivo nacional e internacional del reconocimiento de las PcD, y del impacto de la política pública y legislación vigentes en relación a cobertura, acceso y calidad en salud para las personas en condición de discapacidad.

En la Fase II: la caracterización poblacional, se realizó con un análisis estadístico descriptivo, empleando las variables seleccionadas para el estudio y disponibles en las bases de datos a consultar. Se emplearon medidas de frecuencia simples a través de porcentajes y promedios. Se seleccionó este tipo de análisis, ya que de esta manera, se logrará identificar prevalencias y correlacionar distintos grupos de variables, en la problemática del estudio, así como descartar aquellas que no generen significancia estadística.

La Fase III: se seleccionaron aleatoriamente 5 PcD de cinco localidades del Distrito, que presentaban según base de MPS, entre media y poca asistencia a servicios de rehabilitación. Se implementaron entrevistas con las cuales, se identificaron características socioeconómicas y barreras de acceso, a servicios de salud, desde la óptica de la PcD y de profesional que realizó entrevista, teniendo en cuenta posible institucionalización. Posteriormente se realiza análisis estadístico midiendo frecuencias en cinco entrevistas realizadas según categorías planteadas.

6. RESULTADOS Y ANALISIS FASE II

6.1 PORCENTAJE DE PCD POR DEPARTAMENTO DE COLOMBIA

En Bogotá durante el periodo del 2002-2008 el DANE tuvo bajo su custodia la información correspondiente al diligenciamiento de formato de Registro Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad contando a esta fecha con el registro de 188.197 PcD. En el mes de noviembre de 2010 mencionada información pasa a estar bajo la custodia del Ministerio de Protección social y de la salud y fecha de corte 9 de diciembre del 2015 se encuentra un total de 239.584 PcD. Entonces en esta muestra, se cuenta con información de población con discapacidad identificada en Bogotá, desde segundo semestre del 2002- hasta Diciembre del 2015.

A nivel nacional la población con discapacidad presenta prevalencia según lo referido en tabla 4

Tabla 4: Número y Porcentaje de PCD en Colombia por Departamento

Personas con Discapacidad Departamento	Total Población Proyección DANE 2015	Conteo de Personas con Discapacidad	Porcentaje de PCD por Departamento
Bogotá, D.C.	7.878.783	239.584	3,0%
Antioquia	6.456.299	158.141	2,4%
Atlántico	2.460.863	33.341	1,3%
Bolívar	2.097.161	44.029	2,1%
Boyacá	1.276.407	41.359	3,2%
Caldas	987.991	23.149	2,3%
Caquetá	477.642	12.174	2,5%
Cauca	1.379.169	30.698	2,2%
Cesar	1.028.890	30.903	3,0%
Córdoba	1.709.644	33.545	1,9%
Cundinamarca	2.680.041	42.807	1,6%
Chocó	500.093	3.784	0,7%
Huila	1.154.777	44.020	3,8%
La Guajira	957.797	13.010	1,3%
Magdalena	1.259.822	35.113	2,7%
Meta	961.334	19.931	2,0%

Nariño	1.744.228	56.732	3,2%
Norte de Santander	1.355.787	30.513	2,2%
Quindío	565.310	16.782	2,9%
Risaralda	951.953	27.058	2,8%
Santander	2.061.079	75.908	3,6%
Sucre	851.515	30.842	3,6%
Tolima	1.408.272	40.641	2,8%
Valle del Cauca	4.613.684	98.184	2,1%
Arauca	262.315	6.829	2,6%
Casanare	356.479	13.329	3,7%
Putumayo	345.204	11.933	3,4%
Archipiélago de San Andrés, providencia y santa catalina	7.6442	1.469	1,9%
Amazonas	7.6243	2.446	3,2%
Guainía	414.82	435	1,0%
Guaviare	111.060	1.433	1,3%
Vaupés	43.665	310	0,7%
Vichada	71.974	673	0,9%
No definido		2.273	
Total general	48.203.405	1.223.378	2,5%

Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 12 de Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron conteo PCD, Departamento)

Se realiza identificación PCD, donde la mayor prevalencia esta en 8 Departamentos encontrándose de un 3% a un 3,8% de PcD y que según orden de menor a mayor se ubican con un porcentaje del 3.0% presencia de PcD en Bogotá y Cesar, con 3,2% en Amazonas y Nariño, con 3.6% en Santander y Sucre, con 3.7% en Casanare y con 3,8 en Huila.

En Colombia para una población de 48.203.405 personas al 2015 se ha identificado una prevalencia del 2.5% de PcD. La mayor cantidad de ciudadanos Colombianos, se ubica en los Departamentos de Bogotá en Primero lugar y luego le sigue Antioquia de los 33 Departamentos. Por lo que resulta significativo estudiar las características de las PcD en la ciudad donde más habitantes se tiene.

6.2 POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD IDENTIFICADA EN BOGOTÁ DEL 2002-2015

Tabla 5: Porcentaje de PCD Identificada Según Fecha de Registro RLPCPD en Bogotá del 2002 al 2015

Etiquetas de Fila	Número de Personas en Bogotá según Proyección DANE	Número de Personas con Discapacidad Identificadas por Año	Porcentaje de Personas con Discapacidad Identificadas por Año	Análisis de PCD Identificadas desde 2005-2015
2002		378		Año tras año el número de Personas con discapacidad ha venido incrementando, no obstante en el año 2008 en lugar aumentar el número de PcD disminuye, lo cual puede ser atribuible a depuración de base de datos que realiza el Ministerio de Protección social. De todas maneras se identifica un subregistro porque aunque la población con discapacidad en Bogotá aumenta no llega a cifra estimada por la OMS que supera el 10% de la población total
2003		1813		
2004		5859		
2005	6.840.116	64016	0,93	
2006	6.945.216	123024	1,77	
2007	7.050.228	166498	2,36	
2008	7.155.052	167151	2,33	
2009	7.259.597	172859	2,38	
2010	7.363.782	179719	2,44	
2011	7.467.804	187346	2,50	
2012	7.571.345	193827	2,56	
2013	7.674.366	204978	2,67	
2014	7.776.845	221527	2,84	
9 Diciembre 2015	7.878.783	236090	2,99	

Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 25 de Octubre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron conteo PCD, departamento Bogotá, identificación PCD por año, y luego autora realiza porcentaje de PCD hasta fecha mencionada)

Desde el 2002- 2015 en Bogotá, se han venido forjando esfuerzos por realizar identificación de PcD, por medio del diligenciamiento del formato del Registro Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

En los años 2002, 2003 y 2004 solo se identifican 5.859 PcD. La mayor identificación de PcD se da en los años 2005, 2006 y 2007, lo cual puede estar relacionado con el incremento de normatividad en torno a intenciones de favorecer la participación de las PcD, por medio del decreto número 975 del 31 de marzo de

2004 se busca favorecer el acceso a la vivienda, con el CONPES 80 de 2004 la Integración Social de las Personas con Discapacidad, con el Decreto número 1538 del 7 de mayo de 2005 se “reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997” para establecer las condiciones básicas de accesibilidad al espacio público y la vivienda siendo ejemplo de ellas, Ley 1145 de 2007, que tiene como fin garantizar el ejercicio efectivo, de los derechos de las personas con discapacidad, y así mismo garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad y sus familias a los diferentes servicios sociales, que se ofrecen al resto de ciudadanos. Así como la implementación de programa de paquetes de rehabilitación funcional de la SDS, el cual se financiaba con recursos de salud pública y se implementaba, con acciones del área asistencial de la red hospitalaria por localidad; también se alcanza a evidenciar un relativo alto número de PCD identificadas en los años 2013, 2014 y 2015. Lo cual a su vez puede estar siendo motivado por normatividad reciente como es La ley 1618 del 23 de febrero del 2013 (43), por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. En el título III se habla de las obligaciones del Estado y la sociedad en su artículo 5 menciona de la **GARANTÍA DEL EJERCICIO EFECTIVO DE TODOS LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE SU INCLUSIÓN** los diferentes programas de promoción y prevención. El CONPES 166 del 2013. No obstante si es evidente por medio del subregistro existente, una desmotivación de las PcD a participar de la identificación de PcD, desde el RLCPCD, posiblemente por motivos de costos para desplazamiento hasta llegar a donde realizarían el diligenciamiento de registro e inclusive otro motivo puede ser la desmotivación tras el poco reconocimiento e implementación de acciones afirmativas.

6.3 PCD SEGÚN TIPO DE ALTERACION PERMANENTE Y RESTRICCIÓN EN ACTIVIDAD DE DESPLAZAMIENTO.

Tabla 6: PCD por Tipo de Alteración permanente y Nivel de SISBEN

Tipo de Alteración y Nivel SISBEN	Personas con Discapacidad en Bogotá
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	132.416
NIVEL 1	36.993
NIVEL 2	8.550
NO APLICA y NO REPORTADO	86.873
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	96.514
NIVEL 1	25.056
NIVEL 2	6.253
NO APLICA y NO REPORTADO	65.205
El sistema genital y reproductivo	27.296
NIVEL 1	7.341
NIVEL 2	1.621
NO APLICA y NO REPORTADO	18.334
El sistema nervioso	99.445
NIVEL 1	27.859
NIVEL 2	5.908
NO APLICA y NO REPORTADO	65.678
La digestión, el metabolismo, las hormonas	54.729
NIVEL 1	13.744
NIVEL 2	3.582
NO APLICA y NO REPORTADO	37.403
La piel	11.049
NIVEL 1	2.861
NIVEL 2	717
NO APLICA y NO REPORTADO	7.471
La voz y el habla	35.270
NIVEL 1	10.852
NIVEL 2	1.967
NO APLICA y NO REPORTADO	22.451
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	6.810
NIVEL 1	1.795
NIVEL 2	419
NO APLICA y REPORTADO	4596
Los oídos	37.991

NIVEL 1	10.861
NIVEL 2	2.368
NO APLICA y NO REPORTADO	24.762
Los ojos	89.739
NIVEL 1	25.529
NIVEL 2	6.030
NO APLICA y NO REPORTADO	58.180
Total general	236.090

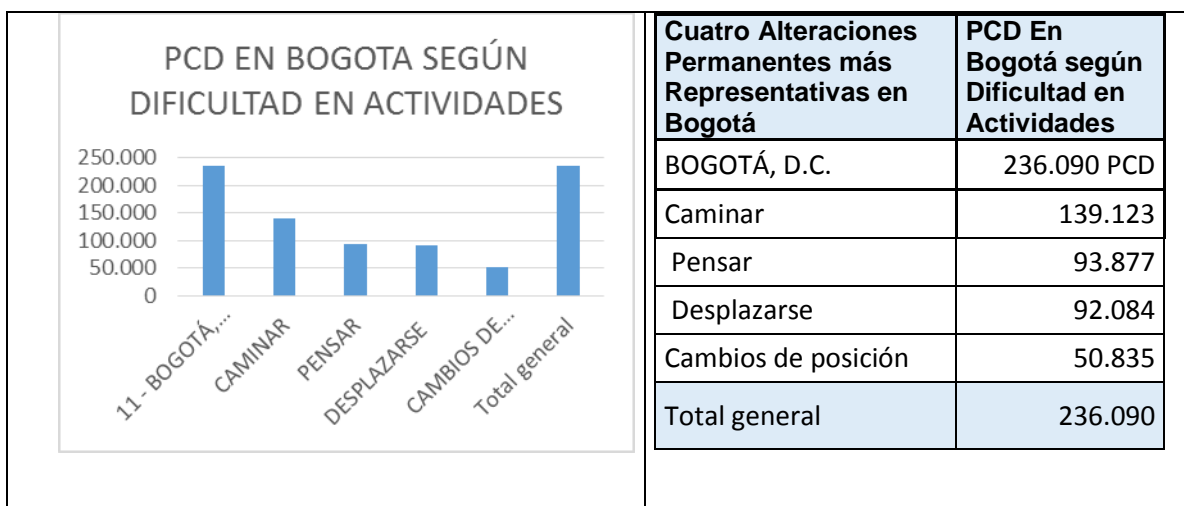
Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 25 de Octubre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, Tipo de alteración y Nivel de SISBEN)

Desde el Instrumento de Registro Localización y Caracterización PcD, se encuentran diez alteraciones permanentes (el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, el sistema genital y reproductivo, el sistema nervioso, la digestión, el metabolismo, las hormonas, la piel, la voz y el habla, los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto, los oídos, los ojos)). De las cuales en Bogotá las cuatro alteraciones permanente de PcD con mayor prevalencia, en su orden consecutivo son: alteración al movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas la cual se presenta en 132.416 PCD, alteraciones a nivel de sistema nervioso que se presenta en 99.445 PcD con, alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas que se presenta en 96.514 PcD, alteración en los ojos que se presenta en 89.739 PcD.

En las últimas cuatro alteraciones permanentes, es casi que imposible que la PcD sola, pueda realizar desplazamiento a centros de salud de forma independiente y segura; por lo que indiscutiblemente requerirá, tanto de un cuidador como de un sistema de transporte accesible. Pero si además se tiene en cuenta que dentro de estas personas se encuentran las personas con un nivel 1 y 2 de SISBEN (Persona sin capacidad de pago que requiere de este mecanismo para que el Estado garantice el acceso a servicios de salud por medio del subsidio del gasto de los mismos, según lo normado en la constitución Colombiana de 1991). Entonces resulta más que evidente que estas serían las personas que requieren

tiempos de cuidador, lo que influye directamente en ingresos para familia, que no cuenta con los recursos suficientes para la satisfacción de necesidades básicas cotidianas; por lo que desde este trabajo se propone focalizar el gasto en salud para las PcD teniendo en cuenta inicialmente a las PcD que presentan ausencia de servicios públicos, las cuales no superan las veinte mil PcD, luego seguir con todas las PcD con un nivel SISBEN 1 y 2 que aproximadamente son 38.170 PcD, luego las que se encuentran afiliadas a régimen subsidiado 93.839 aproximadamente, luego a las PcD que pertenecen a estratos 1 y 2 que corresponde a 139.855 aproximadamente entre las cuales están contadas las 3 categorías anteriores y finalmente a las que presentan ingresos inferiores a \$ 500.000 y cuentan con mas de dos personas en su nucleo familiar que en total a la fecha de consulta del cubo no supera las 198.926 PcD. En todas estas priorizaciones se debera empezar por las personas con discapacidad que presentan alteraciones al movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, a nivel de sistema nervioso, de sistema cardiorrespiratorio y las defensas y alteración a nivel de los ojos y más aún cuando una misma persona, puede presentar más de una de las alteración permanente dentro de las cuatro categorías mencionadas anteriormente.

Ilustración 2: Actividades para las que las PCD de Bogotá Presentan Mayores Dificultades



Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 25 de Octubre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, actividades diarias en las que presenta dificultad).

Las actividades diarias en las que las PcD en Bogota presentan mayor dificultad son para caminar, pensar, desplazarse y realizar cambios de posición; que igualmente son las que en mayor medida, restringen el acceso a servicios de salud- rehabilitación por desplazamiento a IPS, de las dificultades mencionadas la mayor cantidad de personas presenta dificultades para caminar, lo que a su vez influye directamente, en la necesidad de transporte especial para poder desplazarse hasta IPS prestadora de servicios en salud. Pero definitivamente para las PcD que presentan dificultades para realizar cambio de posición y /o dificultades para pensar, resulta imposible transportarse solos o sin transporte especial a IPS.

6.4 CARACTERISICAS DE POBLACION CON DISCAPACIDAD QUE FAVORECEN O RESTRINGEN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN BOGOTA

Tabla 7 : Persona con Discapacidad en Bogotá con afiliación en salud según RUAF Octubre

PCD en Bogotá Afiliadas a Salud por Tipo de Régimen	Personas Afiliadas – RUAF
Afiliadas a salud en Bogotá	203.150
C – Contributivo	110.100
S – Subsidiado	93.050
Total general	203.150

Fuente cubo discapacidad- RUAF del Ministerio Protección social consultada el 25 de Octubre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas afiliadas RUAF, Departamento, Estado de Afiliación, Tipo de régimen, tipo de régimen)

Del total de la población con discapacidad, identificada en Bogotá al 25 de octubre del 2015 (236.090), el 86% de la población si cuenta con afiliación en

salud. Lo cual soporta que para un 14% de la población bogotana, el acceso a servicios de salud se encuentra limitada por estado de afiliación.

Tabla 8: PCD en Bogotá con Afiliaciones en Salud según RUAF Diciembre

PCD en Bogotá Afiliadas a Salud por Tipo de Régimen	Personas Afiliadas – RUAF
Afiliadas a salud Bogotá, D.C.	205.150
C – Contributivo	111.311
S – Subsidiado	93.839
Total general	205.150

Fuente cubo discapacidad- RUAF del Ministerio Protección social consultada el 11 de Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas afiliadas RUAF, Departamento, Estado de Afiliación, Tipo de régimen, tipo de régimen)

De las 239.584 PcD identificadas en Bogotá al 11 de diciembre 2015, solo 205.150 se encuentran afiliadas a salud según RUAF, lo cual equivale al 85,6 % de la población identificada con discapacidad hasta el momento.

No se encuentra registro de afiliación a salud de las 34.434 PcD (14,4%) restantes, siendo preocupante no conocer el estado de afiliación en relación a esta parte de la población. Por lo que en dos meses aumenta 0,4% de personas sin afiliación a salud y aunque se encuentra mayor número de personas con registro RLCPCD en Diciembre, se encontró mayor afiliación a salud en personas identificadas y consultadas hasta el mes de Octubre del 2015 que en las identificadas y consultadas en Diciembre del 2015.

Tabla 9: Personas con Discapacidad en Bogotá por Nivel SISBEN

Nivel SISBEN	Conteo de Personas con Discapacidad
Bogotá	239.584
Nivel 1	31.002
Nivel 2	7.163
SISBEN 1 Y2	38.165
No aplica	14.061
No reportado	187.358
Total general	239.584

Fuente cubo discapacidad- RUAF del Ministerio Protección social consultada el 11 de Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, Nivel SISBEN)

De las 93.839 PcD del régimen subsidiado, solo se encuentran con asignación de SISBEN nivel 1 y 2 un total de 38.165 PCD. 178.358 no reportan nivel SISBEN.

Tabla 10: Población con Discapacidad en Bogotá y Rangos de Ingreso Familiar Mensual

Rango De Ingresos Mensuales	Conteo de personas con discapacidad
11 - BOGOTÁ, D.C.	239.584
Sin Ingreso	146.685
Menos de \$500,000	66.773
De \$500,001 a 1,000,000	12.425
De \$1,000,001 a 1,500,000	2.253
De \$1,500,001 a 2,000,000	1.363
De \$2,000,001 a 2,500,000	644
Más de \$2,500,001	1.758
No Informa	2.016
No Reportado	5.667
Total general	239.584

Fuente cubo discapacidad- RUAF del Ministerio Protección social consultada el 11 de Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad y rango de ingreso)

Del total de la población con discapacidad en Bogota, mas del 50% no percibe ingresos, el 89% de la poblacion percibe ingresos inferiores a 500.000, el 13%

percibe ingresos entre 500.000 y 2.500.000 Y EL 3,2 % no informa o no reporta ingresos. Por lo que se afirma que la mayor parte de poblacion con discapacidad en Bogota percibe ingresos inferiores a \$ 500.000.

Tabla 11: Personas por Familia de PCD en Bogotá y Rango de Ingresos Mensuales

Número de Personas por Familia	Sin Ingreso	Menos de \$500,000	De \$500,000 a 1,000,000	De \$1,000,001 a 1,500,000	De \$1,500,001 a 2,000,000	De \$2,000,001 a 2,500,000	Más de \$2,500,001	No Informa	No Reportado	Total General
Bogotá	146.685	66.773	12.425	2.253	1.363	644	1.758	2.016	5.667	239.584
Igual a 1	235	53	28	12	5	5	16	14	28	396
De 2 a 4	77.082	36.393	7.503	1.499	978	464	1.322	1.031	3.435	129.707
Mayor a 4	62.043	23.408	4.095	584	291	109	269	787	2.145	93.731
No Informa	7.325	6.919	799	158	89	66	151	184	59	15.750
Total general	146.685	66.773	12.425	2.253	1.363	644	1.758	2.016	5.667	239.584

Fuente cubo discapacidad- RUAF del Ministerio Protección social consultada el 11 de Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, Rango valor de ingreso y Rango número de personas hogar)

El 58% de la población con discapacidad en Bogotá, se encuentra sin ingresos y cuenta con dos tres o cuatro personas por familia. El 25% aproximadamente presenta de dos a más de cuatro integrantes por familia y menos de \$ 500.000 de ingreso familiar mensual. Por lo que en estas dos situaciones se encuentra el 83% de la población. El 0.09% se encuentra sin ingresos y el, 3% se encuentra sin ingresos y no informa número de personas en el hogar. El resto de la población recibe ingresos superiores a los 500.000 pesos y el número de personas por hogar puede ir de una a más de 4 personas por hogar.

Por lo que si se tiene en cuenta que el 83% de la población, obtiene ingresos inferiores a \$ 500.000 y tiene dos o más personas en su núcleo familiar, es evidentes que es población sin capacidad de asumir costos de rehabilitación los cuales según se analizó anteriormente llega casi los \$ 200.000 mensuales y con lo

restante poder costear la satisfacción de necesidades vitales como son: vivienda, servicios sanitarios publicos, alimentacion etc.

Tabla 12: PCD en Bogotá por Nivel de Estrato de Vivienda

PCD por Estrato de Vivienda	Conteo de Personas con Discapacidad
Bogotá	239.584
Estrato 1	28.297
Estrato 2	111.558
Estrato 3	87.061
Estrato 4	9.330
Estrato 5	1.758
Estrato 6	824
Estrato 7	702
No Reportado	54
Total general	239.584

Fuente cubo personas discapacidad- del Ministerio Protección social consultada el 12 de Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Conteo Personas con discapacidad, Departamento, Estrato vivienda)

Se encuentra mayor número de PcD en población con estrato de vivienda 2; el 58,3 % del total de la población con discapacidad presenta estratos 1 y 2. Entre los estratos de vivienda 1,2 y 3, se alcanza un porcentaje del 94,71% del total de la población con discapacidad, y esta última debería ser la población, para la que debería garantizarse la gratuidad en servicios de salud y rehabilitación, lo que incluye cobertura de costos indirectos y transporte por medio de una asignación directa del Estado, ya que es la población que el Estado ha identificado que requiere apoyo de subsidio en pago de servicios públicos, dada la incapacidad de generar los recursos económicos suficientes para acceder a los mismos con tarifa plena. En el estrato de vivienda 4, 5, 6 y 7 el número de PcD disminuye notable y respectivamente y lo más probable es que no requieran de gratuidad desde el Estado.

Tabla 13: PCD en Bogotá y Acceso a Servicios Públicos

Servicios Públicos	Persona con Discapacidad
Acueducto Si	233.066
Acueducto No	6.511
Agua potable Si	234.801
Agua Potable No	2.593
Alcantarillado Si	234.131
Alcantarillado No	5.446
Recolección de basuras Si	234.731
Recolección de basuras No	4.846
Ningún servicio público Si	661
Ningún servicio público No	238.916
Servicio Energía Si	237.636
Servicio Energía No	1.941

Fuente cubo personas discapacidad- del Ministerio Protección social consultada el 12 de Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Conteo Personas con discapacidad, Departamento, servicio acueducto, utiliza agua potable, servicio alcantarillado, servicio recolección de basura, ningún servicio público y Servicio energía)

En Bogotá a diciembre del 2015, el total de PcD corresponde a 239.584 de las cuales, aún se encuentra población que no accede a servicios públicos, de acueducto, de agua potable, de alcantarillado ni de recolección de basuras y lo que es más grave a un hay personas que no cuentan con ningún servicio, aspecto determinante en la calidad de vida, así como condiciones mínimas de saneamiento.

Tabla 14: PCD en Bogotá Según Tipo de Población

Tipo de Población	Número de personas con discapacidad	Análisis
Desplazada	1168	El 88,46% de la población con discapacidad de Bogotá no se encuentra tipificada en tipo de población identificado desde el Registro Localización y
Desmovilizados	72	
Adulto mayor	15.498	
Cabezas de familia	1175	
Habitantes calle	175	

Jóvenes vulnerable rural	54	Caracterización de PCD. La población con discapacidad identificada en Bogotá y descrita por tipo de población corresponde solo al 11.54%, de las cuales la mayor cantidad de personas se encuentra dentro del ciclo vital adulto mayor, de las cuales alrededor de una quinceava parte se encuentra en ancianato, una parte importante se encuentran cabezas de familia y población desplazada.
Jóvenes vulnerable Urbana	1667	
Madres comunitarias	6	
Mujeres embarazadas	15	
Mujer lactante	16	
Centro carcelario	172	
Centro psiquiátrico	239	
Rural Migratoria	20	
Sisbenizada	5425	
Ancianato	969	
ICBF	194	
Trabajador Rural	21	
Trabajador Urbano	577	
Víctima de violencia	225	

Fuente cubo personas discapacidad- del Ministerio Protección social consultada el 12 de Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Censo de Personas con discapacidad, Departamento, tipo de Población)

6.5 ATENCIONES EN SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE BOGOTA

Tabla 15: Personas y Atenciones en salud por rango etáreo y Alteración Permanente, según RIPS Bogotá

Grupo Etáreo y Tipo de Alteración Permanente	Número de Atenciones - RIPS		Persona Atendidas - RIPS		Total Número de Atenciones - RIPS	Total Persona Atendidas - RIPS
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 1	NIVEL 2		
De 01 a 05 años	11.195	1.665	93	11	12.860	104
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	6.680	1.028	57	5	7.708	62
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	2.759	282	18	2	3.041	20
El sistema nervioso	8.454	1.406	62	8	9.860	70
La digestión, el metabolismo, las hormonas	1.800	172	8	1	1.972	9
Los ojos	3.686	938	26	5	4.624	31

De 06 a 09 años	55.823	8.871	495	57	64.694	552
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	33.901	4.463	255	27	38.364	282
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	22.009	816	139	10	22.825	149
El sistema nervioso	40.358	7.654	309	40	48.012	349
La digestión, el metabolismo, las hormonas	10.741	1.259	64	7	12.000	71
Los ojos	17.012	2.267	126	11	19.279	137
De 10 a 14 años	54.963	3.774	1.076	101	58.737	1.177
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	25.855	992	404	25	26.847	429
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	11.355	625	235	26	11.980	261
El sistema nervioso	39.731	2.490	623	52	42.221	675
La digestión, el metabolismo, las hormonas	11.279	592	122	15	11.871	137
Los ojos	14.584	1.065	297	27	15.649	324
De 15 a 18 años	143.274	13.711	2.662	300	156.985	2.962
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	68.805	4.038	823	72	72.843	895
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	40.061	3.267	531	66	43.328	597
El sistema nervioso	92.782	8.332	1.618	161	101.114	1.779
La digestión, el metabolismo, las hormonas	20.360	1.655	262	36	22.015	298
Los ojos	46.252	3.964	878	99	50.216	977
De 19 a 26 años	170.918	22.957	4.304	558	193.875	4.862
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	67.581	11.019	1.411	180	78.600	1.591
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	37.343	4.761	817	117	42.104	934
El sistema nervioso	109.337	12.722	2.613	308	122.059	2.921
La digestión, el metabolismo, las hormonas	31.816	3.041	495	73	34.857	568
Los ojos	52.053	7.946	1.513	203	59.999	1.716
De 27 a 44 años	799.496	129.809	15.834	2.413	929.305	18.247
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	344.092	58.403	6.546	1.026	402.495	7.572
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	200.914	34.189	3.314	526	235.103	3.840
El sistema nervioso	456.922	71.789	8.735	1.295	528.711	10.030

La digestión, el metabolismo, las hormonas	148.045	26.101	2.360	391	174.146	2.751
Los ojos	245.801	45.771	4.871	827	291.572	5.698
De 45 a 59 años	1.305.337	242.021	21.172	3.469	1.547.358	24.641
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	657.591	114.923	10.164	1.658	772.514	11.822
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	492.010	91.074	5.965	1.065	583.084	7.030
El sistema nervioso	569.154	103.646	9.269	1.468	672.800	10.737
La digestión, el metabolismo, las hormonas	286.639	61.466	3.607	714	348.105	4.321
Los ojos	524.708	93.094	8.641	1.405	617.802	10.046
De 60 y más	5.187.753	852.532	61.701	8.955	6.040.285	70.656
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	3.066.429	507.761	35.493	5.326	3.574.190	40.819
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	2.732.033	472.260	26.089	4.237	3.204.293	30.326
El sistema nervioso	1.922.671	306.687	21.639	3.191	2.229.358	24.830
La digestión, el metabolismo, las hormonas	1.119.945	222.683	11.348	1.994	1.342.628	13.342
Los ojos	2.661.047	422.606	33.062	4.586	3.083.653	37.648
No Reportado	69		1		69	1
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	69		1		69	1
El sistema nervioso	69		1		69	1
Total general	7.728.828	1.275.340	107.338	15.864	9.004.168	123.202

Fuente cubo RIPS Discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 11 de Enero del 2016 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron personas atendidas RIPS, número de atenciones RIPS, alteraciones permanentes, persona grupo étnico etapas de ciclo vital, nivel de SISBEN, Departamento Bogotá).

A esta fecha el numero total de PcD es 241.220 en Bogota y de las PcD en nivel SISBEN 1 y 2 con 5 Tipos de alteraciones más frecuentes se encuentra, una prevalencia de discapacidad superior en los rangos de edad de 27 años – 60 años y más, representándose en estos grupos atareos aproximadamente al 80% de la población subsidiada y con discapacidad en Bogotá, de los cuales de los 27años - 44 años en encuentra predominio de alteración a nivel del sistema nervioso; entendiéndose a este último como el que regula y coordina las funciones a nivel de sistema nervioso central y periférico que pueden comprometer una o varias de

las siguientes funciones: visión, el pensamiento, el habla, el comportamiento y movimiento, la sensibilidad y movimiento a nivel de las diferentes estructuras corporales. Por lo que la afectación de más de una de estas funciones puede hacer necesario el acompañamiento de cuidador de PcD para la asistencia a centros de salud con servicio de rehabilitación incurriendo en costos aproximados de \$152.000 pesos mensuales, solo para rehabilitación.

En rangos de edad de 45- 60 y más años, la mayor prevalencia de discapacidad se da en alteraciones permanentes del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, el sistema nervios y los ojos.

Las PcD en el rango de edad de 0-14 años y las mayores de 60 años por características de etapa de ciclo vital siempre deben contar con cuidador y con transporte para el acceso a servicios de salud, de igual manera se deben generar recursos para contar con cuidador y transporte. Por lo que teniendo en cuenta rango de edades cantidad de población con discapacidad, tipo de alteraciones permanentes, nivel de ingresos número de personas por hogar, y estrato de vivienda; se puede empezar a concluir, que en si es muy poca la población con discapacidad identificada hasta el momento que no requiere de la garantía del acceso a servicios de salud, por medio de transferencia directa de la nación para pago transporte y tiempos de cuidador, así como y de la gratuidad de los servicios en salud y rehabilitación, por medio de la excepción de pago de cuota moderadora o copago, tanto para el régimen subsidiado como contributivo .

Tabla 16: Promedio de Atenciones RIPS de PCD Identificadas entre el 2002 y Enero del 2016

Persona atendidas – RIPS	Número de Atenciones – RIPS	Promedio de Atenciones en Personas Identificadas del 2002 al 11 de Enero del 2016
El número de Persona atendidas nivel SISBEN I - RIPS del 2002- Septiembre	El número de Atenciones - RIPS nivel SISBEN I del 2002- Septiembre del 2015	El promedio de atenciones RIPS en nivel I de SISBEN es de 72

del 2015 es de 107.338	es de 7728.828	
El número de Persona atendidas nivel SISBEN II- RIPS del 2002- Septiembre del 2015 es de 15.864	El número de Atenciones - RIPS nivel SISBEN II del 2002- Septiembre del 2015 es de 1.275.340	El promedio de atenciones RIPS en nivel II de SISBEN es 80

Fuente cubo RIPS discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 11 de Enero del 2016 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, personas atendidas RIPS y número de atenciones RIPS).

Aunque no es posible determinar número de atenciones por año, si se logra establecer un promedio de atenciones RIPS a fecha de registro de PcD, observando un leve mayor número de atenciones para PcD del nivel de SISBEN II. Sin embargo el número de atenciones RIPS incluye todos los servicios en salud de todos los niveles de complejidad.

Tabla 17: PCD Según Nivel de Atención y Régimen de Salud Clasificado por RIPS en Bogotá

Nivel de Atención en Salud	Número de Atenciones - RIPS		Persona Atendidas - RIPS		Total Número de Atenciones – RIPS	Total Persona Atendidas - RIPS
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO		
NINGUNO	53.064	7.499	5.657	1.314	60.563	6.927
NIVEL I	312.651	7.896.541	29.270	259.437	8.209.192	273.327
NIVEL II	180.998	4.248.460	20.879	150.750	4.429.458	163.282
NIVEL III	166.936	3.383.478	11.871	90.545	3.550.414	97.790
NO DEFINIDO	14.403.752	5.416.656	213.087	179.126	19.820.408	370.343
Total general	15.117.401	20.952.634	221.523	340.197	36.070.035	518.776

Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 11 de Enero del 2016 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Departamento, Tipo de usuario, nivel de atención, personas atendidas RIPS y número de atenciones RIPS).

Se encuentra un número de PcD según RIPS, superior al identificado en base de discapacidad en Bogotá por inconsistencia, posiblemente en base de datos o por duplicidad de información, según el nivel de atención en salud recibido o por registro de discapacidad transitoria como discapacidad permanente, sin embargo teniendo en cuenta información arrojada, el promedio de atenciones para régimen subsidiado esta en 61 atenciones por personas, para el régimen contributivo esta en 68 atenciones.

En el régimen contributivo, se tiene para nivel de atención I, un promedio de 11 atenciones por persona; para nivel de atención II un promedio de 9 atenciones por persona, y para nivel de atención III un promedio de 14 atenciones.

En el régimen subsidiado, y nivel de atención I, se tiene un promedio de 30 atenciones por persona, para atenciones en nivel II 28 atenciones, y para nivel III 37 atenciones en promedio por persona.

Evidenciando mayor y significativo uso de servicios de salud, de los niveles I, II, y III de atención en salud en el régimen subsidiado. Sin embargo el número de atenciones en promedio, no deja ver ni siquiera la atención de un año de servicios de rehabilitación, por persona, dado que dos atenciones en rehabilitación semanal a un año suman aproximadamente 104 atenciones por persona que las reciba.

Por lo que se puede deducir, que la mayoría de la población con discapacidad en Bogotá no está tomando ni siquiera un año de rehabilitación desde la atención en salud por los diferentes regímenes resultando mayormente afectada la población con discapacidad del régimen contributivo.

6.6 VARIABLES ATENCIONES EN SALUD PARA PCD DE BOGOTA

Tabla 18: PCD por Rango Etéreo y Promedio de Atenciones en Salud Según Nivel SISBEN

Grupo Etéreo	Persona Atendidas - RIPS		Número de Atenciones - RIPS		Promedio de Atenciones por PCD en SISBEN I Según Rango de Edad	Promedio de Atenciones por PCD en SISBEN II Según Rango de Edad
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 1	NIVEL 2
De 01 a 05 años	347	43	50.419	5.826		
SI	199	23	30.640	3.905	154	169
De 06 a 09 años	1.177	138	124.947	17.572		
SI	618	92	83.227	13.679	134	148
De 10 a 14 años	2.747	285	139.412	13.330		
SI	1.253	139	81.747	7.328	65	52

De 15 a 18 años	6.427	714	309.738	31.375		
SI	2.474	315	155.917	16.238	63	51
De 19 a 26 años	9.532	1.250	365.769	49.441		
SI	3.313	512	159.204	25.745	48	50
De 27 a 44 años	37.363	5.314	1.823.101	281.387		
SI	10.109	1.818	691.617	125.647	68	69
De 45 a 59 años	46.597	7.541	2.812.163	514.308		
SI	14.982	2.985	1.233.473	260.914	82	87
De 60 y más	124.828	18.258	10.218.932	1.706.075		
SI	47.428	8.788	4.936.093	957.043	104	108
Total general	229.023	33.545	15.844.854	2.619.689		

Fuente cubo discapacidad- RIPS del Ministerio Protección social consultada el 25 de Octubre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, personas atendidas RIPS, número de atenciones RIPS y nivel SISBEN).

La mayor cantidad de población con discapacidad del SISBEN, se encuentra en la población que está entre edades de 45 y más de 60 años. La población que más promedio de atenciones en salud tiene, se encuentra en la población nivel sisben II de 0-5 años, seguido por la población del nivel SISBEN I, con un promedio de 169- 154 atenciones y en promedio mayor número de atenciones se sigue para la población de 6-9 años, lo cual puede ser atribuible a que en este rango de edades, los seres humanos presentan mayor cantidad de enfermedades de morbi-mortalidad. La edad de menor cantidad atenciones en promedio, se presenta para la edad de los 19- 26 años, con un promedio de atenciones en salud de 48 atenciones para población nivel SISBEN I y 50 atenciones en promedio para población nivel SISBEN II.

6.7 ATENCION A PCD SEGÚN FUENTE DE INFORMACION DANE 2010 CON PERIODOS DE CAPTACION DE LA INFORMACION DE 2002-2008

En cuanto a población con discapacidad identificada del 2002 al 2008, el DANE en Bogotá (5) caracterizó un total de 188.197 PCD que correspondió en el 2008 aproximadamente al 2,6% de la población total de Bogotá, identificando un sub registro, si se tiene en cuenta que la cifra estimada de presencia de discapacidad

establecida por la OMS esta entre el 10 %y 15 % para el total de la población a nivel mundial.

En el periodo de tiempo de agosto del 2002 a junio del 2008, se contó con el diligenciamiento de 188.197 formatos de Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad – RLCPCD. En este tiempo el DANE es el encargado del manejo de esta información y según cifras reportadas se encuentra que: De las 188.197 PcD registradas, 144.482 personas (76%) contaban con afiliación a salud y 44.674 personas con discapacidad (24%) no contaban con afiliación a salud y de 21 personas con discapacidad no se tenía esta información, 92 PCD no sabían y de 306 PcD no se sabe.

Por lo que se puede identificar que, aun después de más 10 años de la implementación de la ley 100 de 1993, todavía aproximadamente una cuarta parte de la población con discapacidad al 2008 seguían sin contar con afiliación en salud; a su vez de las 144.482 personas con discapacidad que contaban con afiliación 73.956 PcD se encontraban en el régimen contributivo un equivalente a un 51%, 63.476 PcD se encontraban en el régimen subsidiado lo que equivale al 43%, 6.652 PcD se encontraban en el régimen especial un equivalente al 4.% de la población con discapacidad afiliada a salud. Por lo que del 100% de PcD identificadas a 2008 se encontró que el 39% pertenecía al régimen contributivo, el 33,7 se encontraba en el régimen subsidiado, el 3,5 se encontraba en régimen especial y el 23.7% de la población se distribuye entre los que no saben que afiliación tienen o no tienen afiliación, por lo que su acceso a servicios de salud ha debido estar restringido.

En cuanto a características de vivienda, se encuentra que de las 189.177 PCD registradas y caracterizadas 87.808 se encuentran en estrato 2 de vivienda en arriendo o propia, 71.705 se encuentran en estrato 3 de vivienda en arriendo o propia, 22.206 se encuentran en estrato 1 de vivienda en arriendo o propia, 6.229

se encuentran en estratos 4 de vivienda en arriendo o propia, 672 en estrato 5 de vivienda en arriendo o propia y 90 personas se encuentran en estrato 6. Por lo tanto se puede establecer que de la cifra estudiada (189.177 PcD), 110.114 PCD equivalen al 58 % y corresponden a PcD con estratos de vivienda 1 y 2. De igual manera del total de PcD en Bogotá 181.719 PcD corresponde al 96% de PCD y se encuentran en estratos 1,2 o 3 de viviendas propias o en arriendo, lo que indica que reciben algún tipo de subsidio de Estado, para el pago de servicios públicos (agua, luz y alcantarillado) dadas características de insuficiencia económica identificadas que impiden pago de servicios públicos. Solo 7458 PcD que corresponde al 4% PcD se encuentran en un estrato superior al 3 de viviendas propias o en arriendo por lo tanto se puede decir que en Bogotá este es el único % de población que cuenta con los recursos suficientes para el pago de servicios públicos por lo tanto se esta pudiera afirmar que esta sería la única población con posibilidades de realizar pagos de copagos, costos indirectos y transporte para acceso a servicios de salud, lo cual puede ser contratable en algún sentido con la cantidad de PcD que no accede a servicios de rehabilitación.

En cuanto a la razón por la cual PcD no reciben servicios de rehabilitación en el Distrito capital, se encuentra que esta pregunta se realizó a 69.750 PcD que se entiende, se realizó a población que no recibe servicios de rehabilitación, según información DANE(5) en los diferentes ciclos vitales, de las cuales 30.011, el (43%) PcD responde que por “falta de dinero” casi la mitad de la población encuestada, 14.923, el (21%) de PcD refiere que “no sabe” y este número de personas es representativo para el número de personas a quienes se les realiza esta pregunta la respuesta de no saber si ya se terminó rehabilitación puede ser por varias causas entre ellas, desmotivación por los mismos costos que implica el acceso a servicios de rehabilitación o falencias a nivel institucional y profesional de los diferentes perfiles de rehabilitación, lo cual también va inmerso en el modelo de atención en salud colombiano, por la premura del tiempo y la exigencia de coberturas que hacen que en aras de la eficiencia administrativa se puede

estar dejando de lado la idoneidad y con ello la misma calidad en el servicio, aspectos importantes a investigar en otros estudios. Entonces resulta de suma importancia conocer que solo en 8.962 el (12%) PcD terminaron proceso de rehabilitación de las 69.750 personas a las que se les realizó pregunta porque no asisten a servicios de rehabilitación.

En un País garante del derecho a la salud deberían ser todas las personas a las que se les pregunte las que pudieran responder que ya terminaron o que se encuentran asistiendo; no obstante para 4.477, el (6,4%) de PcD o sus familias creen que ya no la necesitan a 4.368, el (6,2%) PcD no les gustan, 2.835, el (4%) PcD dicen que no asisten por lejanía del centro de atención, 2.491, el (3,5) PcD porque no hay quien los lleve y 1.743, el (2,5) PcD no tienen información (5). Por localidades esta información se encuentra de la siguiente manera según DANE 2010:

Tabla 19: PCD en Bogotá que Ya Terminaron Servicios de Rehabilitación

Localidad	Ya Termino la Rehabilitación	Porcentaje de PCD que ya Termino Rehabilitación
Usaquén	370	16,2
Chapinero	101	10,2
Santa Fe	256	11,2
San Cristóbal	589	12,1
Usme	369	7,4
Tunjuelito	272	12,9
Bosa	363	8,0
Kennedy	661	9,4
Fontibón	279	12,4
Engativá	1782	21,7
Suba	949	12,3
Barrios Unidos	316	14,5
Teusaquillo	59	14,8
Mártires	400	24,1
Antonio Nariño	161	13,0

Puente Aranda	265	11,9
Candelaria	116	13,1
Rafael Uribe	654	11,3
Ciudad Bolívar	935	11,6
Sumapaz	5	1,9

Fuente DANE 2008 Procesamiento de la autora

Las Localidades que presentan mayor porcentaje de PcD que ya terminaron servicios de rehabilitación, son Usaquén, Teusaquillo y Mártires, sin embargo no se llega ni a una cuarta parte de la población con discapacidad por Localidad, lo cual es entendible, teniendo en cuenta los costos que implica la asistencia y participación en servicios de rehabilitación; también es importante tener en cuenta que de las localidades con mayor asistencia a rehabilitación, están las Localidades que tienen mayor oferta institucional de consulta externa lo que incluye servicios de rehabilitación como son Usaquén y Chapinero(39), no obstante Mártires se encuentra entre las Localidades con menor oferta institucional, sin embargo, es la Localidad que más porcentaje de PcD ya terminó servicios de rehabilitación, lo cual puede ser atribuible a que algo más del 50% de la población con discapacidad se encuentra exenta de copago (con gratuidad), por encontrarse en edades de 0-5 años o mayor de 65 años y a que es una Localidad pequeña cuya oferta institucional que aunque pequeña puede estar facilitando el acceso a servicios de salud por menos tiempo en desplazamientos y posiblemente menos gasto en transporte.

Tabla 20: PCD en Bogotá que no han Terminado Rehabilitación por Localidad

Localidad	N° PCD Encuestadas a Quienes se les Pregunta Razón por la cual no Recibe Servicios de Rehabilitación	Numero de PCD que no ha Terminado Rehabilitación porque (Cree que ya no lo necesita, No le gusta, Falta de dinero, Lejanía del centro de atención, No hay quien lo lleve) o que no sabe si ya Termino la Rehabilitación y sin Información de Rehabilitación.	Porcentaje de PCD que no ha Terminado Rehabilitación porque (Cree que ya no lo necesita, No le gusta, Falta de dinero, Lejanía del centro de atención, No hay quien lo lleve) o que no sabe si ya Termino Rehabilitación y sin Información de Rehabilitación.
USAQUEN	2278	1908	83,7
CHAPINERO	985	884	89,7
SANTA FE	2.289	2.033	88,8
SAN CRISTOBAL	4.842	4253	87,8
USME	4.980	4611	92,5
TUNJUELITO	2.094	1822	87,0
BOSA	4.489	4126	91,9
KENNEDY	7.004	6343	90,5
FONTIBON	2.247	1968	87,5
ENGATIVA	8.180	6398	78,2
SUBA	7.689	6740	87,6
BARRIOS UNIDOS	2.179	1863	85,4
TEUSAQUILLO	396	337	85,1
MARTIRES	1.658	1258	75,8
ANTONIO NARIÑO	1236	1075	86,9
PUENTE ARANDA	2.219	1954	88,0
CANDELARIA	885	769	86,8
RAFAEL URIBE	5.784	5130	88,7
CIUDAD BOLIVAR	8.055	7120	88,4
SUMAPAZ	261	256	98,0

Fuente DANE 2008 Procesamiento de la autora

Las Localidades con mayor porcentaje de PcD que no han terminado rehabilitación son Sumapaz, Usme, Bosa y Kennedy que a su vez superan el 90% de la población con discapacidad de la Localidad, de los cuales Sumapaz, Usme y Bosa cuentan con la menor cantidad de oferta institucional y obedecen a que se encuentran entre las localidades más grandes de Bogotá, lo cual influye significativamente en cantidad de tiempo para desplazamientos, así como posiblemente número de transportes a utilizar. Kennedy aunque es una Localidad con número de oferta medio de instituciones para rehabilitación, es una localidad grande y distante de las Localidades donde se concentra la mayor oferta institucional.

Tabla 21: PCD en Bogotá con Barreras para Acceder a Servicios de Rehabilitación

Localidad	N° PCD Encuestadas a Quienes se les Pregunta Razón por la cual no Recibe Servicios de Rehabilitación	Falta de Dinero	N° PCD que no Asisten a Servicios de Rehabilitación porque no les Gusta	Lejanía del Centro de Atención	No hay quien lo lleve	Porcentaje de PCD que no Asisten a Servicios de Rehabilitación por Falta de Dinero
Usaquén	2278	849	170	109	91	37,2
Chapinero	985	385	123	20	51	39,1
Santa fe	2.289	1.412	116	60	76	61,7
San Cristóbal	4.842	1.940	352	156	137	40,0
Usme	4.980	2.602	256	345	177	52,2
Tunjuelito	2.094	998	105	87	108	47,6
Bosa	4.489	1.789	368	173	103	39,8
Kennedy	7.004	3.591	377	257	177	51,2
Fontibón	2.247	659	312	139	99	29,3
Engativá	8.180	2.739	381	381	337	33,4
Suba	7.689	3.498	299	247	282	45,4
Barrios unidos	2.179	773	196	61	171	35,4
Teusaquillo	396	101	24	10	9	25,5
Mártires	1.658	775	82	38	54	46,7

Antonio Nariño	1236	449	120	55	36	36,3
Puente Aranda	2.219	945	159	55	44	42,5
Candelaria	885	457	69	51	64	51,6
Rafael Uribe	5.784	2.494	422	236	154	43,1
Ciudad Bolívar	8.055	3.513	431	332	319	43,6
Sumapaz	261	42	6	23	2	16,1

Fuente DANE 2010 con población con discapacidad registrada entre Agosto 2002 y Junio 2008
Procesamiento propio

Las causas por las que las PcD en localidades más representativas no asisten a servicios de rehabilitación, son en su respectivo orden: Falta de dinero, no les gusta, Lejanía del centro de atención y no hay quien los lleve, aspectos en los cuales el Estado como garante de la salud debe empezar a intervenir.

Las Localidades en las que las PcD presentan mayores dificultades para acceder a servicios de rehabilitación son Santa Fe, Usme Candelaria, Kennedy y Tunjuelito.

Tabla 22: PCD en Bogotá con Barreras para Acceder a Servicios de Rehabilitación

Personas con Discapacidad por Grupo Etéreo Etapas de Ciclo Vital	No Asiste a Servicios de Rehabilitación	No Aplica	No Reportado	Si Asiste a Servicios de Rehabilitación	Total General	Porcentaje de Asistencia a Rehabilitación por Rango de Edad
BOGOTÁ, D.C.	67.919	25.244	53	146.368	239.584	
De 0 a antes de 1 año	2	1		16	19	84
De 01 a 05 años	214	244	3	971	1.432	68
De 06 a 09 años	554	363	3	1.881	2.801	67
De 10 a 14 años	1.347	690	3	3.578	5.618	63
De 15 a 18 años	2.059	690	2	4.418	7.169	61
De 19 a 26 años	5.809	2.219	5	10.702	18.735	57
De 27 a 44 años	11.562	4.761	9	16.847	33.179	50
De 45 a 59 años	13.058	5.659	6	24.118	42.841	56

De 60 y más	33.293	10.603	22	83.763	127.681	65
No Definido	11	9		47	67	70
No Reportado	10	5		27	42	64
Total general	67.919	25.244	53	146.368	239.584	61

Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 12 Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento Personas grupo etareo- etapas de ciclo vital, asiste a servicios de rehabilitación)

Al momento de la aplicación del instrumento de registro y caracterización de PcD El 61% de la población dice que si asiste a servicios de rehabilitación por lo que del registro realizado del 2002- 2008 y compilado por el DANE la cantidad de PcD que si recibe servicios de rehabilitación incremento a diciembre del 2015 en 3.000 personas aproximadamente. La mayor participación de PcD se encuentra en la población de 0-1 año, seguido de la población de 1-5 años con asistencia entre el 84 %y 68% el resto de la población en los diferentes grupos etarios, asiste a servicios de rehabilitación en porcentajes de 50-67%.El 28,3 % de la población con discapacidad en Bogotá no se encuentra asistiendo a servicios de rehabilitación. En la población de 1-14 años 2.115 niños no asisten a servicios de rehabilitación y esta es una edad en la que es crucial participar de los servicios de rehabilitación para desarrollo de habilidades motoras, cognitivas y perceptuales que permitan la equiparación de oportunidades esta situación corresponde a un 21% de la población identificada que no asiste a servicios de rehabilitación en este rango de edad

Tabla 23: Causas por las que PCD en Bogotá No Reciben Rehabilitación

Causa por la que no Recibe Rehabilitación	Conteo de Personas con Discapacidad
Bogotá, D.C.	239.584
Cree que ya no la necesita	4.203
El centro de atención queda muy lejos	3.044
Falta de dinero	24.513
No definido	165.313
No ha sido autorizado por el asegurador	5.860
No hay quien lo lleve	2.240

No le gusta	4.453
No sabe	16.219
Ya termino la rehabilitación	13.739
Total general	239.584

Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 12 Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, por que no recibe rehabilitacion).

La población que no asiste a servicios de rehabilitacion, según tabla anterior corresponde a 67.919 personas (28.3%); de las cuales el 36 % responde que por falta de dinero no recibe rehabilitación; el 23,8% dice que no sabe; el 20% que ya termino proceso de rehabilitación; el 8,6 no había sido autorizado por el asegurador; el 6,5 responde que no le gusta; el 6,1% cree que ya no la necesita; el 4,4 % dice que el centro de atención queda muy lejos; el 3,2 % no tiene quien lo lleve. El 69% de la población total que se encuentra con discapacidad en Bogotá aparece como no definido. Es de anotar que teniendo en cuenta dato de tabla anterior en cuanto a personas que no asisten a servicios de rehabilitación arroja cifra de 67.919 PcD mientras que cuando se toman variables de causas por que no asisten a rehabilitación el número de personas aumenta a 74.271 quedando en evidencia una inconsistencia en la misma base consultada el mismo día.

Tabla 24: Causas a las que PCD o su Familiar Atribuyen Recuperación de la Salud Según Edad y Sexo de PCD

Causas a las que atribuyen recuperación de salud las PCD	Femenino	Masculino	Total General
Bogotá	133.142	103.239	236.381
A la acción de la medicina alternativa	462	261	723
De 01 a 04 años		1	1
De 05 a 14 años	4	5	9
De 15 a 44 años	67	71	138
De 45 a 59 años	84	34	118
De 60 y más	307	150	457
A la ayuda de dios	5.911	4.350	10.261
De 0 a antes de 1 año	1		1

De 01 a 04 años	5	14	19
De 05 a 14 años	114	184	298
De 15 a 44 años	1.078	1.546	2.624
De 45 a 59 años	957	652	1.609
De 60 y más	3.756	1.954	5.710
A los servicios de salud	12.099	9.042	21.141
De 01 a 04 años	46	47	93
De 05 a 14 años	322	554	876
De 15 a 44 años	2.402	2.915	5.317
De 45 a 59 años	2.112	1.263	3.375
De 60 y más	7.217	4.263	11.480
A su empeño por salir adelante	2.504	2.346	4.850
De 01 a 04 años		1	1
De 05 a 14 años	28	37	65
De 15 a 44 años	697	967	1.664
De 45 a 59 años	581	519	1.100
De 60 y más	1.198	822	2.020
Al apoyo de la familia	2.582	2.935	5.517
De 01 a 04 años	15	16	31
De 05 a 14 años	186	259	445
De 15 a 44 años	991	1.491	2.482
De 45 a 59 años	388	416	804
De 60 y más	1.002	753	1.755
No aplica	109.584	84.305	193.889
De 0 a antes de 1 año	10	8	18
De 01 a 04 años	346	482	828
De 05 a 14 años	2.774	4.226	7.000
De 15 a 44 años	21.146	24.673	45.819
De 45 a 59 años	20.585	14.810	35.395
De 60 y más	64.723	40.106	104.829
Total general	133.142	103.239	236.381

Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 12 Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, causas a las que atribuye recuperacion, grupo etareo UPC Nacional y sexo).

Al 82% de la poblacion con discapacidad femenina, y al 81% de la poblacion con discapacidad masculina, no les aplica causa a la que atribuyen recuperacion por que no se han recuperado. El 9,9% depoblacion femenina y el 8,7% masculino

atribuye la causa de recuperacion a los servicios de salud. El 4,4% de poblacion femenina y el 4.2% masculino atribuye la causa de recuperacion a la ayuda de Dios. El 1,9 % de poblacion femenina y el 2,8 % masculino atribuye la causa de recuperacion al apoyo de la familia, por lo que se puede decir que la poblacion la poblacion masculina es mas apoyada por la familia que la poblacion femenina. El 1,8% de poblacion femenina y el 2,2 % masculino atribuye la causa de recuperacion a la su empeño por salir adelante. El 0,3% de poblacion femenina y el 0,2% masculino atribuye la causa de recuperacion a la medicina alternativa; en cuanto a este ultimo resultado se puede establecer que las PcD hacen poco uso de medicina alternativa o mencionada medicina no ayuda a recuperar a las PcD. El grupo etareo mas representativo indica mayor poblacion dentro del rango de 60 y mas años del genero femenino y del genero masculino por lo que es necesario pensar en actividades de rehabilitacion a nivel domiciliario para esta poblacion dada las caracteristica de mayor dependencia por rango de edad de PcD.

6.8 ALTERNATIVAS DE SUPERACIÓN DE LA POBREZA EN PCD A LARGO PLAZO

Tabla 25: PCD en Bogotá con Alteraciones Permanentes y Asistencia a Establecimientos Educativos en Edades de 1- 44 Años

Población con Discapacidad de 1-44 Años	Femenino		Total Femenino	Masculino		Total Masculino	Total General Masculino y Femenino
	No Asiste a Establecimientos Educativos	Si Asiste a Establecimientos Educativos		No Asiste a Establecimientos Educativos	Si Asiste a Establecimientos Educativos		
11 - BOGOTÁ, D.C.	19.018	11.009	30.027	22.906	14.382	37.288	67.315
De 01 a 04 años	57	40	97	98	60	158	255
De 05 a 14 años	1.271	1.878	3.149	1.889	3.042	4.931	8.080
De 15 a 18 años	868	2.114	2.982	1.324	2.848	4.172	7.154
De 19 a 44 años	16.822	6.977	23.799	19.595	8.432	28.027	51.826
Total general	19.018	11.009	30.027	22.906	14.382	37.288	67.315

Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 12 Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, asistencia a establecimientos educativos, grupo etareo salud y sexo).

Se encuentra mayor cantidad de personas con discapacidad del sexo masculino en edad de 1-44 años y también se encuentra mayor cantidad del sexo femenino que no asisten a establecimientos educativos (63%), que las sí asisten 37%, este último aspecto puede obedecer a la necesidad de sobreproteger las mujeres en condición de discapacidad.

El número de asistentes y no asistentes a establecimientos educativos varía según rango de edad; de 1-4 años, y de 19 -44 años hay más personas del sexo femenino que no asisten a establecimientos educativos en una cantidad de 16.879. En rangos etáreo de 5-14 y de 15 a 18 años hay más en la población que si asiste a establecimientos educativos en una proporción de 3.992 personas del sexo femenino. Igual sucede con el sexo masculino pero en diferentes porcentajes.

En el sexo masculino se encuentra mayor cantidad de personas del género femenino que no asisten a establecimientos educativos (61%), que las sí asisten 39% sin embargo el número de asistentes y no asistentes varía según rango de edad de 1-4 años, y de 19 -44 años hay más personas que no asisten a establecimientos educativos en una cantidad de 19.693. En rangos etáreo de 5-14 y 15-18 años hay más en la población que si asiste a establecimientos educativos en una proporción de 5890 personas del sexo femenino.

Tabla 26: PCD en Bogotá con Alteraciones Permanentes en Edades de 1- 44 Años

PCD por Tipo de Alteración Permanente	Número de PCD
Bogotá	239.584
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	134.466
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	97.303

El sistema nervioso	100.925
Los ojos	90.701
Total general	225.741

Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 14 Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, y alteraciones permanentes).

Casi la totalidad de la población identificada con discapacidad en Bogotá a la fecha de consulta registra alteraciones a nivel de las cuatro causas que más afectan desplazamientos, lo cual influye directamente en el grado de dependencia de las PCD en el Distrito capital.

Tabla 27: PCD que Asisten a Establecimiento Escolar Según Tipo de Alteración Permanente y Edad de 1- 44 Años

PCD Según Rango Etáreo	No Asiste a Establecimiento o Educativo	No Aplica	Si Asiste a Establecimiento o Educativo	Total General	Porcentaje de no Asistencia a Establecimientos Escolares
Bogotá,	38.949	1.289	22.410	62.648	62
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	19.457	733	6.929	27.119	72
De 01 a 04 años	88	422	54	564	15
De 05 a 14 años	1.678	310	1.496	3.484	48
De 15 a 18 años	1.075	1	1.222	2.298	47
De 19 a 44 años	16.616		4.157	20.773	80
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	8.371	395	4.526	13.292	62
De 01 a 04 años	28	143	6	177	15
De 05 a 14 años	614	249	647	1.510	40
De 15 a 18 años	381		813	1.194	32
De 19 a 44 años	7.348	3	3.060	10.411	70
El sistema nervioso	25.591	897	15.084	41.572	61
De 01 a 04 años	112	518	63	693	16

De 05 a 14 años	2.538	376	3.513	6.427	39
De 15 a 18 años	1.779	1	3.224	5.004	35
De 19 a 44 años	21.162	2	8.284	29.448	71
Los ojos	11.584	303	7.277	19.164	60
De 01 a 04 años	35	169	17	221	15
De 05 a 14 años	872	132	1.120	2.124	41
De 15 a 18 años	603	1	1.304	1.908	31
De 19 a 44 años	10.074	1	4.836	14.911	67
Total general	38.949	1.289	22.410	62.648	62

Fuente cubo discapacidad del Ministerio Protección social consultada el 14 Diciembre del 2015 y procesada por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, alteracion permanente, asiste a establecimiento educativo, grupo etareo salud y sexo).

Solo el 48% de la poblacion total con discapacidad en edad de los 1-44 años en Bogota asiste a establecimientos educativos el 62% de PcD en esta edad no asiste.

De los 4 tipos de alteraciones permanentes que mas influye en el grado de dependencia para desplazamientos se encuentra lo siguiente:

En la poblacion con alteraciones permannetes en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas para el rango de edades de 5-18 años 2.753 personas no asiste a establecimientos educativos y 2.718 personas si asiste.

De la poblacion con alteraciones permannetes en El sistema cardiorrespiratorio y las defensas para el rango de edades de 5-18 años 995 personas no asiste a establecimientos educativos y 1.460 personas si asiste.38 no

De la poblacion con alteraciones permannetes en el sistema nervioso para el rango de edades de 5-18 años 4.317 personas no asiste a establecimientos educativos y 6.737 personas si asiste. 39 no

De la poblacion con alteraciones permannetes en los ojos para el rango de edades de 5-18 años 1.475 personas no asiste a establecimientos educativos y 2.424 personas si asiste.

La población con alteraciones permanentes en rango de edad de 5-18 años en que más se afecta la asistencia a establecimientos educativos está en la población con alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas le sigue la población con alteraciones permanentes en el sistema nervioso, luego la de alteraciones permanentes en el sistema cardiorrespiratorio y por último la de alteraciones permanentes en los ojos. En total 9.540 niños y jóvenes en Bogotá con discapacidad en edades de los 5 años a los 19 años no asisten a establecimientos educativos con lo que se está dejando de lado el desarrollo de habilidades, la igualdad de oportunidades y la superación de la pobreza.

Tabla 28: PCD Según Sexo Edad y Tipo de Contrato Laboral

Conteo de PCD por Rango de Edad y Sexo	A Término Fijo	A Término Indefinido	No Aplica	No Definido	Sin Contrato	Total General
Bogotá	2.934	5.962	199.859	2.483	23.780	235.018
FEMENINO	1.424	2.696	116.590	1.287	10.963	132.960
De 10 a 14 años			2.207	15		2.222
De 15 a 18 años	1		2.916	69	4	2.990
De 19 a 26 años	27	36	7.828	138	83	8.112
De 27 a 44 años	467	820	12.398	150	1.880	15.715
De 45 a 59 años	618	1.211	18.350	258	4.512	24.949
De 60 y más	311	629	72.891	657	4.484	78.972
MASCULINO	1.510	3.266	83.269	1.196	12.817	102.058
De 10 a 14 años			3.378	16	1	3.395
De 15 a 18 años	4	4	4.074	87	10	4.179
De 19 a 26 años	37	57	10.165	184	180	10.623
De 27 a 44 años	484	1.189	13.266	214	2.307	17.460
De 45 a 59 años	590	1.225	11.549	189	4.329	17.882
De 60 y más	395	791	40.837	506	5.990	48.519
Total general	2.934	5.962	199.859	2.483	23.780	235.018

Fuente: Censo de discapacidad del Ministerio de Protección Social consultado el 12 de diciembre del 2015 y procesado por la autora del trabajo de grado. (Las variables consultadas fueron Personas con discapacidad, Departamento, tipo de contrato, grupo etario, etapas de ciclo vital y sexo).

Para 199.859 PcD no aplica el contrato laboral bien sea por rango de edad o por grado de discapacidad y necesidad de rehabilitación.

La población con discapacidad con contrato laboral es en total de 8.896 de los cuales 4.120 son contrato de mujeres y 4.776 son contrato de hombre evidenciando un mayor número de contrato para población de hombre; del total de contratos 2.934 son a término fijo y 5.962 son a término indefinido. Adicionalmente se encuentran laborando sin contrato definido 2.483 PcD y 23.780 aunque laboran no cuentan con contrato por lo que se encuentra en la informalidad.

7. RESULTADOS Y ANALISIS FASE III

7.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

7.1.1 Población:

Personas con discapacidad y sus familias que viven en las localidades de (Usme, Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Engativá) en diferentes ciclos vitales. Estas personas viven en localidades grandes y que han sido identificadas según registro DANE 2010 como Localidades con menor, mediana y relativamente alta asistencia de PcD a servicios de rehabilitación.

7.1.2 Procesos Bajo los Cuales se Implementa Entrevista

✓ **Consentimiento informado:**

Se diligencia formato de consentimiento informado, con el cual la PcD o en caso de ser menor de edad, sus padres/ cuidadores autorizan y deciden participar de la entrevista y contribuir a la identificación de característica de personas con discapacidad y el acceso a servicios de salud.

✓ **Realización de entrevista**

La entrevista semi-estructurada se realiza a las personas con discapacidad y sus familias, por parte de la investigadora terapeuta ocupacional, tras desplazamiento a localidades mencionadas y según se iban encontrando aleatoriamente en días programados para entrevista. Los espacios en los cuales se desarrolla entrevista son: domicilio, parques y panadería de la Localidad donde vive la PcD.

✓ **Grabación de audio**

✓ **Diligenciamiento de formato anexo a trabajo de grado.**

✓ **Cierre y agradecimiento**

7.2 ANÁLISIS DE DATOS

Se toma información de preguntas realizadas y se omite información que no está relacionada con la vivencia de la discapacidad.

Se describen variables en categorías que permiten identificar acceso y dificultades en servicios de salud y de rehabilitación.

7.3 CATEGORIAS DE ESTUDIO

Tabla 29: Categorías Distribuidas por Características de PCD, de Acceso y Experiencia de la Discapacidad

Variables de la Persona con Discapacidad	Variable de Acceso a Salud	Variables de la Vivencia de la Discapacidad
Grado de discapacidad	Tipo de Régimen	Tipo de discapacidad
Edad PCD	Nivel SISBEN	Origen de la discapacidad
Edad cuidador	Estado en participación de proceso de rehabilitación	Fecha de adquisición de la discapacidad
Diagnostico	Costos para atención en salud y rehabilitación	Causa a la que atribuye discapacidad
Localidad	Dificultades para acceso a servicios de salud y /o rehabilitación	Participación e programas sociales y beneficios
Escolaridad PCD	Localidad donde recibe servicios de rehabilitación o de salud	
Parentesco con		

cuidador		
Escolaridad cuidador		
Fuente de ingresos Familiares		

Elaboración de la autora

7.3.1 Variables de la Persona con Discapacidad

Sexo, edad, diagnóstico, grado de discapacidad y Localidad:

Caso 1: sexo femenino, 73 años de edad diagnósticos de ceguera, Diabetes, discapacidad leve y vive en la localidad de Puente Aranda.

Caso 2: Sexo masculino, 34 años de edad, diagnósticos de parálisis cerebral y discapacidad severa, vive en localidad de Usme.

Caso 3: sexo masculino, 29 años de edad, parálisis cerebral y discapacidad severa localidad de Bosa.

Caso 4: sexo femenino, 17 años de edad, diagnostico de agenesia del cuerpo calloso y discapacidad moderada localidad de Kennedy

Caso 5: Sexo masculino, 11 años de edad, Síndrome de Down y discapacidad moderada localidad de Engativá

Escolaridad e institucionalidad: en tres casos (1, 2, y 3) no hay escolaridad y en dos (4 y 5) se encuentra institucionalización.

Fuente de ingresos: ninguna de las 5 PCD generan ingresos por actividad laboral. Esta característica se encuentra relacionada directamente con el grado de escolaridad grado de discapacidad y la edad. En el caso 1 aunque la discapacidad es leve, la edad de 73 años, así como la falta de rehabilitación impide el ejercicio de un rol laboral. En casos 2 y 3 aunque se encuentran en edad laboral, el grado de discapacidad es severo y nunca contaron con escolaridad. En casos 4 y 5 no se encuentran en edad productiva.

Ninguna de las PcD encuestadas genera ingresos y si requieren de tiempo parcial o completo por parte de cuidador, quien tampoco puede comprometerse con un rol laboral que incluya cumplimiento de horario de tiempo completo.

Características de familiar o cuidadores de PCD:

Edad de cuidador, parentesco de PCD y escolaridad del cuidador:

Caso 1: 56 años, parentesco hija y escolaridad bachillerato

Caso 2: 60 años, parentesco padre y escolaridad séptimo cuidados compartido con la mama

Caso 3: 58 años, parentesco mama y escolaridad primero primaria

Caso 4: 45 años, parentesco mama y hermana, escolaridad de mama octavo y de hermana formación universitaria

Caso 5: 53 años, parentesco mama y hermanas, escolaridad de mama primaria y de hermanas bachillerato.

La edad de cuidadores está entre los 45 y 60 años, de los cuales en los cinco casos, quien ejerce funciones de cuidador es una mujer; en el caso 2 el cuidado es compartido entre el papa y la mama, pero en los cinco casos son las mujeres más próximas en grado de parentesco las que cumplen función de cuidador.

Fuente de ingresos familiares:

Caso 1: Hija cuida nietos y las hijas le pagan con lo que cubre gastos para ella esposo y la mama que es PcD

Caso 2: ninguna

Caso 3: pide de casa en casa

Caso 4: fuerza laboral devengando aproximado a un mínimo y media hermana recién se gradúa como abogada.

Caso 5: preparación de alimentos por encargo y por épocas

En los casos 2 y 3, donde cuidadores solo alcanzan escolaridad hasta primaria y séptimo grado también comparten característica de presentar nivel de SISBEN I y para estos mismos casos la generación de ingresos por fuerza laboral es nula, teniendo que acudir a la caridad de otros, para la satisfacción de necesidades básicas cotidianas. Según refieren: *“Caso 2 dos hijas me dan una cuotica mensual de treinta mil pesos, por que como pagan arriendo también y lo que yo consigo con primos, amigos que de vez en cuando me traen un mercadito los buenos corazones que me encuentro y me dan tome cinco o diez mil pesitos y Yo ahorro”*

Caso 3 “Lo uno a mí ya no me dan trabajo por la edad y lo otro me toca cuidalo, entonces me toca pedir de casa en casa pal arriendo”

7.3.2 Variable de Acceso a Salud

Afiliación a salud: Tres casos (1,2 y 3) de personas con discapacidad dentro del régimen subsidiado en nivel I, un caso (4) de régimen subsidiado nivel II y un caso (5) en régimen contributivo con EPS Famisanar. En los tres casos (casos 1,2 y 3) donde se presenta un nivel de SISBEN I ni las PcD, ni su núcleo familiar cuentan con ninguna forma de ingresos laborales y los cuidadores son personas mayores de 55 años con educación entre primaria y bachillerato, lo cual influye en el nivel

de gestión para implementar tutelas o derechos de petición que garantice el acceso a servicios de salud como son terapias, citas con especialista o pañales.

Estado de participación en proceso de rehabilitación: tres casos (caso1, caso2, caso3), actualmente no cuentan con proceso de rehabilitación, el caso 1 nunca tuvo rehabilitación. Caso 3 inicio seis terapias y no termino “*O sea si cuando de recién llegamos aquí a Bogotá, a él lo mandaron pa la victoria hasta allá lo mandaron a él cuándo eso el niño estaba pequeñito, tenía como unos 6 añitos cuando eso, le hicieron como unas cinco o seis terapias porque un día que yo no sé qué fue lo que paso, lo pusieron en un balón así grande, a hacer terapias y como me decían que llevara el niño lleno porque era hartas terapias lo que le hacían y ese día el niño se les trasbocó, entonces no se lo volvieron a hacer terapias. No más no le volvieron a hacer nada no. En caso 2 se mantuvo hasta los 18 años institución. Actualmente aunque los tres casos requieren de terapias no acceden a las mismas y cuidadores manifiestan que los médicos no les dan. En los casos 4 y 5 las PcD se encuentran asistiendo a institución, sin embargo Caso 4 está próximo a su egreso.*

Solo en uno de los cinco casos estudiados, (caso 3) la PcD accedió a servicios de rehabilitación por medio del sistema de salud, pero solo obtuvo seis terapias en este caso se evidencio una discapacidad severa. En un caso se obtuvieron por un tiempo hasta los 18 años de forma particular en PROPACE, en otro caso se obtiene por medio de institución de ICBF.

Es importante de resaltar que en los 5 casos cuando se habla de servicios de rehabilitación, los cuidadores requieren explicación acerca de que son los servicios de rehabilitación, lo cual puede estar directamente relacionado, con la falta de concomimiento de procesos indispensables al momento de favorecer la semidependencia o inclusive la independencia en algunas actividades para las personas con discapacidad.

Costos para atención en salud y rehabilitación: a ninguna de las 4 personas con discapacidad, que cuenta con SISBEN nivel I o II, se les cobra por concepto de copago o cuota moderadora. Para una persona que pertenece al régimen contributivo, el copago corresponde a \$ 2.500; para los casos 4 y 5 que son menores de edad institucionalizados en caso 4 el valor de la ruta es cancelada por cuidadora y en el caso 5 de PcD que asiste a centro CRECER la ruta es asumida por el Estado. Todas las PcD para asistir a cita médica de EPS deben ir con cuidador y pagar transporte público, sin embargo las mayores dificultades están en PcD física y severa que solo cuentan con un cuidador tipo caso 3.

Dificultades para acceso a servicios de salud y /o rehabilitación:

Caso 1 algunos medicamentos no son cubiertos por el POS, y el lugar para la entrega de medicamentos, es diferente a donde se recibe atención en salud, de igual manera una crema que formulan para erupción de la piel no ha cumplido con el fin deseado y no se envió ningún otro examen. Nunca ha recibido orden para realización de terapias por parte de salud.

“yo tengo que tener unas gotas para los ojos indispensablemente porque entonces parece que tuviera los ojos cargaos de tierra y me agarra es a parpadar y el dolor y el fastidio como que tuviera tierra en los ojos, entonces necesito las gotas y este médico no me las da yo tengo que indispensablemente cómpralas y ahí veces me cobran en las droguerías siete mil otras veces ocho mil y pues esas son cosas que tiene uno que sacalas también” en cuanto a la piel “lo único que me ha valido es que mi hija oro por mí y me ungió con aceite del que uno come ungió aceite de olivo y eso es lo que vea ya me está secando, ya no me da comezón”

Caso 2 demora en autorizaciones de terapias y larga distancia del lugar donde se prescriben terapias y los horarios para la realización de terapias son muy tarde.

Caso 3 inadecuado direccionamiento médico para tramites, larga distancia del lugar donde reclama medicamentos en lo que se gasta más de medio día

caminando dado que no cuenta con recursos para transporte y la cita para valoración de especialista (neurólogo) requiere desde las nueve de la noche del día anterior a que repartan fichas. Solo recibió orden médica para realización de seis terapias a por parte de salud y no dieron más órdenes de terapias. Caso 3 *“allí no me gusto allí en la cabaña porque siempre lo veía Dr. Camacho y un día llegue a la cita a las cinco y lo atendió como a las 7 de la noche y le pedí un papel de la discapacidad de Él, porque me lo habían pedido en el COL y me mando por allá a un lugar que me cobraban 200.000 pesos por ese papel, como me dijeron como se le ocurre a ese señor mandarla por allá, usted es una mujer de bajos recursos si ese papel se lo da cualquier médico general a usted, me dijo una misma doctora por eso a mí no me gusto”*

Caso 4 a veces requiere realizar varios desplazamientos por carbamazepina y otro por que no había en el momento. Recibió terapias por parte de salud por tres años cuando era pequeña, posteriormente no volvió a recibirlos por salud, sino por parte del ICBF en fundación Fe

Caso 5 refiere que ninguna, sin embargo Nunca ha recibido orden para realización de terapias por parte de salud.

De los 5 casos estudiados ninguno percibe como dificultad la falta de prescripción de servicios de rehabilitación, lo cual puede ser atribuible en los tres primeros casos debido a falta de conocimiento de sus derechos como seres humanos y ciudadanos colombianos, o la falta del recurso económico y mínimo grado de educación para la realización de tutelas ya que desde salud según informan no se les entrega orden o autorización de terapias. Entre las dificultades entonces manifiestan están:

1. Falta de prescripción y cubrimiento de medicamento por el POS
2. Falta de examen que determine como combatir erupciones de la piel

3. Ausencia de orden de terapias, demoras en autorización de terapias
4. Falta de servicios de rehabilitación en la misma Localidad
5. Diferente localidad para reclamación de medicamentos y para atención de especialistas
6. Insuficiencia de abastecimientos de medicamentos como la carbamazepina
7. Poca oferta de servicios de rehabilitación
8. Falta de seguimiento desde instituciones que han prestado servicios de rehabilitación

Localidad donde recibe servicios de rehabilitación o de salud

Caso 1 en la misma localidad

Caso 2, reside en localidad Usme y servicio rehabilitación en localidad ciudad Bolívar

Caso 3, reside en Bosa, alguna vez obtuvo servicio de rehabilitación en San Cristóbal, la atención con especialista neurólogo la obtiene en Kennedy *“cuando me toca llévalo al hospital de Kennedy ahí si me toca hum ime a pata cuando lo va a ver el neurólogo, claro que hace rato no llevo en veces me toca ime a las cuatro cinco de la mañana y él está sentado y lo hace es míralo” pa pedirle cita me toca desde las 9 de la noche en el hospital de Kennedy hasta el otro día a las 9 o 10 llego a la casa” “las de Pablo VI vienen y me anotan ahí dicen que me van a dar las terapia y nada”*

Caso 4 Kennedy la misma Localidad”.

Caso 5 Engativá la misma Localidad

7.3.3 Variables de Vivencia de la Condición de Discapacidad

Tipo de discapacidad y origen de discapacidad:

Caso 1: visual, el origen es por dificultades económicas de la persona y falta de estrategias desde prestación servicios de salud.

Caso 2 Física, el origen es porque según cuidador el niño nace en la casa con una partera. Se evidencia entonces también falta de estrategias desde prestación servicios de salud para brindar atención oportuna a gestante.

Caso 3 Física y cognitiva, por susto que ocasiona hipoxia cerebral.

Caso 4 cognitiva y motora, por falta de desarrollo del cuerpo calloso.

Caso 5 Cognitiva, por alteración genética.

Fecha de adquisición de la discapacidad y causa a la que atribuye discapacidad:

Caso 1: enero de 1997, por hipertensión y por qué no iba al médico por lo costoso que resultaba, solo empezó a ir al médico desde que le dieron el SISBEN *“me han dicho que eso me dio por la tensión alta descuidada Yo no, no sabía y nunca iba al médico ni nada nada, entonces eh un día se me reventaron los vasos sanguíneos yo era sola, sola independiente sola no había quien me llevara al médico ni quien me informara del médico y cuando eso una consulta médica eso la más poquita no bajaba de cincuenta mil pesos y que no tenga el recurso y que tal y ya que el médico y que se cumplió el arriendo y también la media comidita eso, eso, eso vale eso hay que trabájalo y uno solo, entonces yo nunca fui al médico y hasta que me pusieron el SISBEN y ya Yo tenía la glaucoma, entonces ya era difícil todo muy complicado”*

CASO 2: desde el nacimiento julio de 1981 por falta de oxígeno, refiere cuidador *“parecía un golpe pero los médicos dicen que no fue el golpe, fue el momento de nacer que la señora partera no lo agilizó ni nada, sino lo dejó y en esa época el*

único sitio que atendía era Yomasa y los muchachos aquí o encargados eran muy jóvenes y Yo viajaba en esa época estaba en Pereira ella no se afilio ni nada un descuido por parte de nosotros también y quedaba siempre lejos solo potrero destapado y todo”

Caso 3 en 1991 por susto que ocasiona falta de oxígeno y convulsión

Caso 4 en 1998 por susto y dificultades en desarrollo del cuerpo calloso

Caso 5 en 2004 por causa nacimiento natural

En dos casos (1 y 2) el origen de la discapacidad está relacionada con la falta de acceso y oportunidad a servicios de salud

Participación en programas sociales:

Caso 1: Bono de persona mayor \$125.000 y vive ella sola

Caso 2: dos bonos de discapacidad por valor de \$ 125.000 cada uno para la familia que está compuesta de 3 personas. Los hijos, los vecinos algunos le ayudan

Caso 3: del proyecto 721 bono del mercado *“aparte de eso nada su merce nada más porque ni los pañales nada, hable con la trabajadora social y me dijo que el bono no le cubría los pañales”.*

Caso 4 Bono del mercado

Caso 5 Bono anual de diciembre

Los bonos mensuales de mercado y en efectivo aunque se evidencia que en estos casos son asignados a personas que lo necesitan, el nivel de necesidad de las PCD y sus familias superan sus gastos y eso que no se está contemplando asistencias a servicios de rehabilitación, lo cual exige una pronta y efectiva

respuesta desde el Estado, dado que especialmente en los casos 1, 2 y 3 se está vulnerando los derechos a la vida digna y a la salud.

7.3.4 Categoría Emergente:

Caso 1: Permanencia con cuidador: Cuidadora hija vive cerca, visita cada 24 horas y trae alimentos, sin embargo se identifica riesgo vital en la PCD ya que es una persona de 73 años con ceguera total.

Caso 2: Tiempo de terapias: atenciones de especialista para discapacidad del papa de PCD que vive en Usme envían a Tunal y allí no autorizaron terapias. Finalmente se las autorizan en Meissen, sin embargo solo son por 20 minutos en y solo autorizan cinco terapias al mes en Meissen.

8. DISCUSION

El propósito de este trabajo de grado, fue identificar las características de las PcD y su relación con el acceso a servicios de salud; a lo que se encontró que el acceso a servicios de salud, para la población con discapacidad en términos generales, resulta ser muy similar, a la que recibe cualquier persona ciudadana de Bogotá, solo que las PcD presentan agravantes económicos, dado que en su mayoría (87%), son personas con ingresos inferiores a \$ 500.000 o sin ingresos en hogares conformados por más de 2 personas, con estos ingresos, o sin los mismos igual deben suplir necesidades básicas cotidianas como; alimentación, vivienda, servicios públicos, vestido, salud y educación, por lo que las PcD leve o moderada presentando entonces por obvias razones, dificultades económicas para desplazamientos propios y de su cuidador a las IPS, esto en caso de contar con las ordenes de terapias.

En los casos de Discapacidad severa, según la normatividad vigente indica; se debe proporcionar terapias y servicios de salud a nivel domiciliario, sin embargo, en los casos entrevistados ningún médico prescribe este tipo de terapias, para personas con régimen subsidiado o contributivo, lo cual puede estar directamente relacionado con Las bajas UPC fijadas, desde la resolución 5925 del 2014 y las normatividades anteriores, bajo las cuales las EPS Subsidiada y Contributiva organizan acciones, las cuales a su vez, no reconocen necesidad de mayores esfuerzos con acciones diferenciales que impliquen mayores costos, para la atención de población con discapacidad.

Es así como desde la Comisión de Regulación en Salud; con el Acuerdo 032 del 2012, desde la unificación de planes de salud subsidiado y contributivo, se pretende realizar atención terapéutica domiciliaria a PcD, que así lo requieran, lo cual no es posible teniendo el mismo valor de UPC de cualquier persona del mismo grupo etéreo que no tiene discapacidad, ni tampoco es posible que la PcD, cuente con transporte especial puerta a puerta, para que se desplace a IPS donde

recibirá servicios de salud; puesto que implementar estas acciones, implica asumir mayores costos desde las EPS Subsidiada o Contributiva que como ya que se ha visto están avocadas a terminar liquidadas por insuficiencia de recursos; por lo tanto si no se establece una UPC diferencial y acorde con gastos generados, para la atención de PcD leve, severa y moderada, desde las EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado, las consecuencias tendrán que seguir siendo las mismas, falta de adecuado direccionamiento de profesionales de la salud, omisión de prescripción de servicios terapéuticos y tramitología innecesaria para la prestación de servicios de salud que hacen que PcD y su familia, gasten el dinero que no tienen acudiendo a tutelas para el caso de los que logran hacerlo y los demás simplemente abandonen servicios de salud.

En relación a costos de atención de PcD desde EPS, también es importante mencionar a la cantidad de tiempo destinado, para la prestación de un servicio, el cual se encuentra destinado a los 20 minutos, contando este también como una estrategia, con el fin de optimizar recursos de capital humano y económicos, sacrificando entonces la calidad en la prestación de servicios de salud, uno de los principios esenciales de la ley 100. Por lo que finalmente, en la actualidad las PcD que no cubren sus necesidades en salud con planes de medicina prepagada o complementaria, no podrán esperar los debidos estándares de calidad en la atención de salud.

Sin embargo, se debe reconocer que las Personas con Discapacidad en materia de exigibilidad de derechos cuentan con leyes, CONPES, Política Pública de Discapacidad y evaluación de mencionada política, así como la nominación de esta población desde los planes de Desarrollo Nacional 2010-2014 y Distrital 2012-2016, aunque en ninguna de estas se establezcan coberturas en servicios de salud o programas con metas específicas, para la atención de esta población en los diferentes ciclos vitales, así como tampoco se tiene la asignación de presupuestos destinados al cumplimiento de las mismas, con los cuales se pueda contribuir al acceso de servicios de salud y rehabilitación de las personas con

discapacidad, que como se menciona desde la OMS 2010 es población pobre y según RLPCD en Bogotá, 2015, el 87% corresponde a población con ingresos inferiores a \$ 500.000 para el sustento de 2 o más personas, que en su mayoría, no asisten a establecimientos educativos y que a su vez presentan como mayores dificultades para asistir a servicios de rehabilitación: la falta de recursos económicos y que no saben de los mismos, demora en trámites administrativos como autorizaciones, lejanías del lugar de prestación de servicios entre otras causas.

En cuanto a programas especiales en instituciones, afortunadamente algunas PcD, se logran vincular con instituciones como ICBF y Centros Crecer, en los que las PC D Leve o Moderada, cuentan con servicios de rehabilitación y servicio de ruta hasta cumplir los 18 años sin embargo, posterior a esta edad no se encuentra evidencia de ningún seguimiento desde las mismas y hace falta involucrar en mayor medida a la familia, especialmente cuando están próximos a egresar.

Considero importante implementar acciones formuladas en propuesta en pro de la legitimación de la PcD, las cuales necesariamente exigen:

1. Aumento de UPC para las EPS-S-C que atienden PcD y proporcionan servicios de rehabilitación.
2. Transferencia directa a PcD para suplir gastos de alimentación, vivienda y servicios públicos. Por tiempo en el cual dentro de cada familia se disponga de persona que cuente con las capacidades y tiempo para laborar activamente.
3. Eliminación copago o cuota moderadora para PcD de régimen subsidiado y contributivo que se encuentren en estratos 1,2 y3.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En cuanto al objetivo de documentar marco legislativo nacional para el acceso a servicios de salud de personas con discapacidad, se concluye que:

Los costos indirectos para la atención en salud y programas sociales de las PcD, son los costos que resultan de las necesidades de las personas con alteraciones permanentes en las funciones de órganos y estructuras corporales, y bajos recursos económicos, que afectan directamente la independencia y autonomía de la misma, por lo que se requiere de tiempos de cuidador, pero también de ingresos suficientes para cubrimiento de necesidades básicas cotidianas como alimentación, vivienda y servicios públicos. Sin embargo por la forma como está diseñada la atención en salud y rehabilitación de PcD estos costos están siendo asumidos por PcD y su familia que como se demuestra según fuentes OMS y bases MSPS, se caracterizan por presentar los niveles más bajos en cuanto a recursos económicos, académicos y sanitarios.

A su vez el fenómeno de baja UPC que hasta diciembre del 2014 en régimen Subsidiado, ocasionó el cierre de algunas EPS- S como son subsidiando (HUMANA VIVIR, ECOOPSOS, SOLSALUD y COLSUBSIDIO. Quedando al 2015 en Bogotá, solo tres EPS subsidiadas (CAPITAL SALUD, CAPRECOM Y UNICAJAS, dado la compensación de los gastos de necesidades en salud a nivel ambos regímenes, tanto Subsidiado como Contributivo ha llevado a la contratación de mano de obra profesional barata y escasa, lo cual también influye negativamente en la dignificación de estos profesionales, la oportunidad de servicios, la cantidad de tiempo por paciente y por terapia, así como, la calidad del servicio en salud para la población Bogotana y con discapacidad que aunque su atención implica mayor frecuencia de atenciones o atenciones a nivel domiciliario no cuenta con un incremento de valor de UPC para atención de esta población, que no cuenta con planes de medicina prepagada o complementaria

En Colombia se cuenta con una amplia normatividad en pro de los derechos de las PcD, sin embargo en ninguna se organizan los mecanismos mediante los cuales la PcD, pueda tener el acceso a servicios de salud y rehabilitación de forma gratuita (sin pagar costos de transportes, ni tiempos de cuidador que cumple familiar que debería estar trabajando con la tranquilidad de poder contar con la seguridad de ingresos y obteniendo para su familiar o sea PcD, la calidad en atención de salud que merece cualquier persona.) aunque la OMS reporta de las PcD como las que presentan a nivel mundial, los resultados más bajos en cuanto a suficiencia de recursos sanitarios, académicos y económicos; y según este estudio se tiene establecido que por lo menos el 85% las PcD Bogotanas, registradas por medio del RLCPCD AL 2015, requieren de gratuidad para el acceso a servicios de salud. Es así, como una de las recomendaciones, es que teniendo en cuenta uno de los mejores sistemas de salud, como lo es el de Suecia, donde el Estado y entes territoriales asumen costos de salud para su población, sea Colombia un País, donde sin importar REGIMEN o la EPS se atienda a las PcD, con igual forma de financiación y prestación en ubicación geográfica que mejor convenga a PcD, sobreentendiendo que para esto, es necesario mayor tributación, pero a su vez también sería necesario una mayor equidad salarial. Adicionalmente es necesario replantear que Ni el plan de Desarrollo Nacional 2010-2014 ni el Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016, se especifican las coberturas medidas en número de PcD a beneficiar, en cada programa específico o por grupo etáreo; lo que a nivel de gobierno no permite, dar cuenta de acciones realizadas con PcD, ni de la real cobertura proyectada y atendida efectiva para la atención en salud de PcD, y por ende tampoco se puede identificar el aporte a una real equiparación de oportunidades.

En relación al objetivo de identificar las características de las personas con discapacidad revisando capacidad de pago, redes de apoyo existentes, transporte, ubicación geográfica y aspectos que favorecen o limitan el acceso a servicios de salud, se concluye que:

En acuerdo con la OMS la población con discapacidad, es la población más pobre a nivel Mundial, Colombia es uno de los países de mayor desigualdad económica del mundo, ubicándose entre el quinto y séptimo puesto del año 2012 al 2015 y adicionalmente en Bogotá las estrategias implementadas, no han permitido romper círculo vicioso pobreza discapacidad, por lo que se deben implementar estrategias que garanticen el acceso a servicios de salud y rehabilitación, así como a educación y trabajo que son los medios por los cuales las PcD pueden lograr romper con la pobreza, por lo que en acuerdo con el economista Luis Felipe López Calva, jefe y coordinador del área de pobreza también pienso que “es necesario ir más allá de las intervenciones para reducir la pobreza y formular e implementar políticas públicas enfocadas a reducir la desigualdad” por qué "No hay desarrollo sin igualdad"

En Bogotá las alteraciones permanentes más frecuentes, de la población con discapacidad y que a su vez influyen negativamente, en desplazamientos seguros, para la participación en actividades como desplazamiento a IPS son: movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas la cual se presenta en 132.416 PcD, alteraciones a nivel de sistema nervioso que se presenta en 99.445 PcD con, alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas que se presenta en 96.514 PcD, alteración en los ojos que se presenta en 89.739 PcD. Una misma PcD puede presentar una o varias de las alteraciones permanentes mencionadas, por lo que a mayor presencia de alteraciones permanentes, mayor necesidad de facilitadores para el desplazamiento y atención de salud en instalaciones IPS. Por lo que es necesario, identificar plenamente esta población y garantizar transporte puerta a puerta, con tiempos de un auxiliar en salud, que acompañe a atención en salud o rehabilitación; o realizar una transferencia a cuidador PcD, que generalmente es un familiar de PcD, que resulte suficiente y compense, el tiempo laboral utilizado en acompañamiento a servicios de salud de PcD, para no continuar fortaleciendo vínculo de pobreza de la PCD y su familia.

En cuanto a suficiencia económica se encuentra que el 58% de la población con discapacidad en Bogotá a Diciembre del 2015 se encuentra sin ingresos y cuenta con dos tres o cuatro personas por familia. El 25% aproximadamente presenta de 2 - más de 4 integrantes por familia y menos de \$ 500.000 de ingreso familiar mensual; el 89% de la población con discapacidad percibe ingresos inferiores a 500.000. Por lo que requieren de apoyo del Estado, para poder mantener la satisfacción de necesidades básicas del ser humano (vivienda, alimentación, salud, acceso a servicios públicos de agua, alcantarillado, recolección de basuras etc). Es por este motivo que es necesario garantizar una fuente de empleo o mecanismo de financiación desde el Estado, para no continuar perpetuando pobreza de PcD y garantizar el derecho humano de la salud.

A su vez si se piensa en capital humano, se encuentra que tampoco se está realizando mayor esfuerzo al respecto dado que 9.540 niños y jóvenes en Bogotá, con discapacidad en edades de los 5 años a los 19 años, no asisten a establecimientos educativos. Lo cual exige una respuesta del Estado con mecanismos directos de asistencia a establecimientos educativos, e información repetitiva a familiares mediante canales de comunicación televisión y prensa en pro de la equiparación de oportunidades. A nivel laboral en total las PcD que tienen contrato son 8.896, de los cuales 4.120, son contrato de mujeres y 4.776, son contrato de hombre evidenciando un mayor número de contratos para población de hombre, sin embargo es mínima, adicionalmente, 23.780 PcD laboran sin contrato; aspectos que dejan ver la falta de equiparación de oportunidades

En cuanto al objetivo de identificar la cobertura de servicios de salud y rehabilitación, para personas con discapacidad a nivel del Distrito Capital, según formato de registro y caracterización de PcD, teniendo en cuenta sus

características y los recursos del Estado disponibles para tal fin, como garantía de la equidad se concluye que:

En la actualidad según RUAF no se encuentran registros de afiliación a salud de 34.434 PcD que corresponde al 14,4%, por lo que se deduce que si estas PcD no se encuentran afiliadas a salud, también están presentando restricciones en el acceso a servicios de salud y rehabilitación

A Diciembre del 2015 se encuentra que de 239.584 PcD el 61% de la población dice que si asiste a servicios de rehabilitación, sin embargo no se conoce frecuencia ni continuidad, el 28,3 % de la población dice no se encuentra asistiendo a servicios de rehabilitación. Las PcD que dicen que no asisten a servicios de rehabilitación exponen que la causa es en el 36% de la población por falta de dinero, el 23,8 dice que no sabe, el 20% dice que ya termino proceso de rehabilitación; el 8,6% no había sido autorizado por el asegurador; el 6,5 % responde que no le gusta; el 6,1% cree que ya no la necesita; el 4,4 % dice que el centro de atención queda muy lejos; el 3,2 %no tiene quien lo lleve. Por lo que según esta información del 2008 al 2015 ha incrementado el número de personas que ya termino proceso de rehabilitación.

De las 188.197 PcD identificadas en Bogotá del 2002-2008 según información por Localidades suministrada por el DANE 2010, se presentan mayor porcentaje de PcD que ya terminaron servicios de rehabilitación en la Localidades de Usaquén (16,2%), Teusaquillo (14,8%) y Mártires (24,1%), sin embargo no se llega ni a una cuarta parte de la población con discapacidad por Localidad. es importante tener en cuenta que dentro de las localidades con mayor asistencia a rehabilitación, están las Localidades que tienen mayor oferta institucional de consulta externa, lo que incluye servicios de rehabilitación como son Usaquén y Chapinero, y aunque Mártires se encuentra entre las Localidades con menor oferta institucional, es la Localidad en que más porcentaje de PcD, ya terminó servicios de rehabilitación, lo cual puede ser atribuible a que es una localidad pequeña cuya oferta institucional

aunque pequeña puede estar facilitando el acceso a servicios de salud por menos tiempo en desplazamientos y posiblemente menos gasto en transporte.

Del periodo de 2002 a 2008 no asisten a servicios de rehabilitación, la mayor cantidad de PCD de localidades de Sumapaz 98%, Usme 92,5%, Bosa 92%, Kennedy 90,5% a las cuales se atribuye extensión marcada de territorio y baja oferta institucional con servicios de consulta externa, lo cual influye significativamente en cantidad de tiempo para desplazamientos, así como posiblemente número de transportes a utilizar y las causas por las que las PcD en localidades más representativas, no asisten a servicios de rehabilitación, son en su respectivo orden: Falta de dinero, no les gusta, Lejanía del centro de atención y no hay quien los lleve, aspectos en los cuales el Estado como garante de la salud debe empezar a intervenir

La población registrada con mayor participación en servicios de rehabilitación se ubica de 0-1 año, seguido de la población de 1-5 años con asistencia entre el 84 %y 68% respectivamente lo cual puede atribuirse a que el costo de transporte es menor por porque se puede cargar al menor; el resto de la población en los diferentes grupos etarios y asiste a servicios de rehabilitación en porcentajes de 50-67%.En aras de procurar la calidad de la atención en salud, para las PcD se debe contemplar número de terapias semanales y tiempo de duración de las mismas, regulado desde las políticas de atención a PCD, con el fin de no dejar en manos del mercado la calidad de la salud para las PcD

En Bogotá de la población identificada con discapacidad es muy poca la cantidad que no requiere de la garantía de gratuidad de los servicios en salud y no supera el 15 % de la población identificada dado que el 83% aproximadamente de las PcD identificadas presenta de 2 - mas de 4 integrantes por familia y menos de \$ 500.000 de ingreso familiar mensual y a que el 94,71% de las PcD se encuentran en los estratos de vivienda 1,2 y 3. Por lo que se considera que el gasto en salud para personas con discapacidad con gratuidad deberá ir aumentando de la totalidad de la población del régimen subsidiado y contributivo de estratos de

vivienda 1, 2 y 3 (teniendo en cuenta características de ingreso y mayor número de alteraciones permanentes) que devengan un total de salarios inferiores a un millón de pesos con más de 2 personas por hogar.

10. PROPUESTA

Las PcD en Bogota se encuentran en un porcentaje aproximado al 3% lo que implica, que hasta diciembre del 2015, solo se cuente con un registro de 239.584 PcD, del total de habitantes de Bogota, que según proyección DANE son 7.878.783 Bogotanos.

Según lo encontrado desde la FASE II de esta investigación, el 94% habitan en vivienda estrato 1, 2 y 3, el 83% de la población con discapacidad en Bogotá, cuentan con ingresos inferiores a \$500.000 y su hogar se encuentra conformado por 2,3 o 4 personas, el 58% del total de la población se encuentra en estratos I y II; por lo que sería más que evidente, que todas estas personas no cuenta con los recursos suficientes, para poder asumir los costos que implica acceder a servicios de salud y rehabilitación; (Tiempo laboral de persona en etapa de vida laboralmente activa, dinero en transportes(44) para 2 personas ida y vuelta, así como pago de copagos o cuotas moderadoras que en promedio son \$152.000 régimen subsidiado y 180.000 régimen contributivo mensuales, para poder asistir a dos terapias semanales por un mes).

Se encuentra baja asistencia a establecimientos educativos de PcD (inferior al 50% en un rango de edad de 1-44 años) y el 28 % de PcD no asiste a servicios de rehabilitación por diferentes causas (falta de dinero en 36% de la población que no asiste, el 23,8 % por que no sabe, el 20% dice que ya termino proceso de rehabilitación; el 8,6% no había sido autorizado por el asegurador; el 6,5 % responde que no le gusta; el 6,1% cree que ya no la necesita; el 4,4 %dice que el centro de atención queda muy lejos; el 3,2 %no tiene quien lo lleve); la mayor parte de oferta institucional con servicios de consulta externa se encuentran hacia el norte por lo que las PcD de Bosa, Kennedy, Usme tienen esta gran barrera, sumado al hecho que son localidades de extensión geográfica cuantiosa, que hace que la poca oferta institucional se encuentre sobre demandada y requiera de mayor tiempo en desplazamientos y uso de transporte y agregado a esto, también

se encuentra que la vinculación laboral formal no llega ni al 10% de la población con discapacidad identificada. Por lo que en acuerdo con Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. 2015 son “Las personas que han sufrido sistemáticamente las desventajas económicas y sociales de la pobreza y sufren discriminación mayores obstáculos para la salud óptima (45)” llegando a la conclusión, que aunque la experiencia de la discapacidad, no se vive igual para todas las personas de las diferentes localidades; en su mayoría las PcD, si presentan desventajas en relación a los demás ciudadanos y esto se da por las diferentes determinantes socio-económicas bajo las cuales cada persona vive la discapacidad, siendo una experiencia que según se ha descrito la mayoría de veces, contempla múltiples restricciones, para la participación en los diferentes ámbitos de vida cotidiana y resultando una interacción insatisfactoria en los diferentes contextos (familiar, escolar, y laboral) por falta oportunidades y de desarrollo de potenciales habilidades y capacidades.

Entonces es necesario, poder contar con programas y acciones medibles en coberturas, que contemplen las necesidades de las PcD, así como las causas que han generado esas necesidades, lo que indudablemente como lo sugieren en investigación de Maestría denominado “ la labor del cuidador del niño en situación de discapacidad crónica y el impacto de la rehabilitación sobre esta labor” en su página 37 donde se refiere “es necesario contar con un subsidio permanente que supla la imposibilidad de un empleo remunerado, sin importar el nivel socioeconómico”(18). Lo cual implica una asignación directa de recursos suficientes que incluyan la atención en salud de PcD a beneficiar, así como recursos destinados a una acción específica que contenga una cobertura específica y que tienda a aumentar, teniendo en cuenta características de sub registro, para que se pueda pensar en hablar de igualdad de condiciones de las personas con discapacidad con sus conciudadanos, porque según Lasch (1996) “mientras que todos no tengan el mismo acceso a los medios para adquirir

competencias, la teórica igualdad de derechos no conferirá dignidad a las personas y éstas no serán más que *idealmente* iguales”.

“Según Scheil-Adlung, para lograr un progreso sostenible de la cobertura universal en salud en un plazo de tiempo adecuado se debe: a) extender la cobertura de salud y mejorar el acceso a la atención médica necesaria; b) proporcionar seguridad de ingresos mediante ayudas a las personas necesitadas; c) abordar las limitaciones o la imposibilidad de participar en la generación de ingresos procedentes del trabajo, y d) aplicar políticas coherentes dentro y entre los sectores sociales, económicos y de salud que establezcan prioridades en la disminución de la pobreza”(46).

Lo anteriores aspectos y características propias de las PcD de Bogotá, hacen imprescindible y urgente la acción del Estado de forma ejemplar (20) y (22), como ente regulador y garante de derechos básicos como es el de la salud y la rehabilitación como parte de la misma, con lo cual se estaría contribuyendo a promover el desarrollo de potenciales y habilidades de las PcD, de modo que puedan favorecerse condiciones necesarias, para la igualdad de oportunidades.

Por lo que es necesario, realizar varias acciones desde los diferentes sectores y de la siguiente manera por prioridad:

Revisar redacción

10.1 ESTADO

Identificar número de población con discapacidad, por etapa de ciclo vital y características de la focalización del gasto en salud, las cuales serían inicialmente teniendo en cuenta para focalización a las PcD que presentan ausencia de servicios públicos, las cuales no superan las veinte mil PcD, luego seguir con todas las PCD con un nivel SISBEN 1 y 2 que aproximadamente son 38.170 PcD, luego las que se encuentran afiliadas a régimen subsidiado 93.839 aproximadamente, luego a las PcD que pertenecen a estratos 1, 2 y 3 que corresponde a 139.855 aproximadamente y finalmente a las que presentan

ingresos inferiores a \$ 500.000 y cuentan con mas de dos personas en su nucleo familiar que en total a la fecha de consulta del cubo no supera las 198.926 PcD. En todas estas priorizaciones, se debera empezar por las personas con discapacidad , que presentan alteraciones al movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, a nivel de sistema nervioso, de sistema cardiorrespiratorio y las defensas y alteración a nivel de los ojos y más aún cuando una misma persona, puede presentar más de una de las alteración permanente dentro de las cuatro categorías mencionadas anteriormente.

1. Simultáneamente al primer criterio de focalización aplicar el debido porcentaje de impuesto a la renta de los salarios más altos (más de 10 millones) en mayor porcentaje que a los salarios medio altos (más de 5 millones).
2. Realizar una juste de salarios, donde se realice la disminución de los salarios más altos, incluyendo los superiores a \$5.000.000 y por cada millón adicional de salario se incremente 1 punto de porcentaje al 5% que se aplica desde los 5.000.000, realizando retención mensualmente y consignando a una cuenta que se encargue de transferir a PcD, o personas que devengan salario de un mínimo y este se distribuya entre personas con salarios mínimos y (transferencias directas a PcD o familiar que se encuentren asistiendo a servicios de rehabilitación). Empezando por casa con funcionarios del poder legislativo, el poder ejecutivo, poder judicial, corte suprema, consejo de Estado corte constitucional y Fiscalía General de la Nación.
3. Realizar las debidas veedurías, desde la misma comunidad con discapacidad en compañía y a la par de funcionarios del Estado.
4. Incrementar UPC, tanto para EPS régimen contributivo como para régimen subsidiado con PcD afiliadas.
5. Eliminar copago y cuota moderadora de forma gradual, para personas con alteraciones permanentes a nivel de diferentes sistemas u órganos, que lo posicionen en condición de desventaja, cubriendo a todas las PcD que se

encuentren tanto en el régimen subsidiado, como en el contributivo y que no cuenten con planes complementarios o medicina prepagada.

6. Disminuir el impuesto al consumo, y compensar con impuesto a la renta.

10.2 EPS SUBSIDIADAS Y CONTRIBUTIVAS

1. Realizar pago de mano de obra de profesional de salud, acorde a nivel de estudios y formación universitaria.
2. Realizar procesos de inducción- re inducción con mayor acompañamiento y seguimiento, a las acciones de profesionales del área de la salud, (en tareas de identificación de Personas con discapacidad, tiempos atención médica y terapéutica, que permitan implementar una rehabilitación integral con oportunidad de servicios, disponibilidad de agendas, mayor cantidad de encuestas de satisfacción de usuarios y realizar una lectura juiciosa de buzón de quejas y reclamos de la población con discapacidad)
3. Proporcionar, según UPC fijada la mayor cantidad de acciones en pro del desarrollo de habilidades, capacidades e independencia de PcD.
4. Reportar al Ministerio de Protección social número de sesiones por profesional y por paciente así como gestión realizadas y beneficios proporcionados a PcD.
5. De ser necesaria una frecuencia de terapias imposible de ejecutar por recursos, revisar la posibilidad de realizar tele-rehabilitación desde profesionales o viabilidad de vía Skype, en Pro de alcanzar mayor nivel de habilidades de la PcD.
6. Desde este trabajo se propone focalizar el gasto en salud para las PcD, teniendo en cuenta inicialmente a las PcD, que presentan ausencia de servicios públicos, las cuales no superan las veinte mil PcD, luego seguir con todas las PcD con un nivel SISBEN 1 y 2 que aproximadamente son 38.170 PcD, luego las que se encuentran afiliadas a régimen subsidiado 93.839 aproximadamente, luego a las PcD que pertenecen a estratos 1 y 2

que corresponde a 139.855 aproximadamente entre las cuales están contadas las 3 categorías anteriores y finalmente a las que presentan ingresos inferiores a \$ 500.000 y cuentan con mas de dos personas en su nucleo familiar que en total a la fecha de consulta del cubo no supera las 198.926 PcD

10.3 PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Realizar usos racionales y adecuados de los recursos (humano, físico económico y tecnológico), proporcionados como parte de servicios de salud.
2. Informar mensualmente y directamente al Ministerio de Protección social, el número de sesiones en las que participó, del tipo de rehabilitación y beneficios obtenidos en salud, con fecha anterior a transferencia de dinero en cuenta.

10.4 MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL

1. Realizar cruce de número de sesiones alcanzadas, y atenciones en salud registradas de personal del área de salud de las EPS S-C para cada PcD, y el reportado desde la misma PcD al Ministerio.
2. Retroalimentar mensualmente nivel de confiabilidad de información reportada desde PCD y profesional del área de la salud

11. ASPECTOS ETICOS

Se contó con consentimiento informado para la publicación de experiencia de vida de cuatro personas con discapacidad en los diferente del ciclo vitales en caso de persona menores de edad se pedirá el permiso será dado por los padres del menor, para cada uno de los dos casos se realizó uso de nombres creados, los cuales serán diferentes a los nombre reales de las personas que colaboran con la presentación de su vivencia y la de sus familias. La investigación se acoge a los parámetros éticos dictaminados por la resolución 8430 de 1993 para la investigación en seres humanos(47).

12. BIBLIOGRAFIA

1. Social CN de PE y, Colombia R de, Planeación DN de. CONPES 166 DEL 2013 [Internet]. 9 Diciembre del 2013. 2013. p. 61. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/166.pdf>
2. Ruiz APG, Melo CIR, Barrios SM. Financiación y segmentación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tomas US, editor. 2012. 95 p.
3. Tasa de litigios por afiliados [Internet]. Ministerio Protección Social. 2013. Available from: <https://minsalud.gov.co/paginas/El-numero-de-tutelas-tiene-que-ser-mirado-en-contexto-MinSalud.aspx>
4. Reina ACY. Necesidades Humanas de las Personas en situación de discapacidad desde la relación individuo entorno [Internet]. Universiadd Nacional de Colombia-Bogota; 2010. Available from: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/225/Tes_YandunReinaAC_NecesidadesHumanasFundamentales_2010.pdf?sequence=1
5. DANE. Discapacidad. 2010;16. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/TOTAL_BTA.xls
6. Ministerio Protección Social. Cubo discapacidad. Bogota; 2015.
7. Congreso de la Republica L 1346 D 2009. Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad" [Internet]. 2009. 2009. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37150>
8. OMS y OPS , Organización Mundial de la Salud OP de la S. CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [Internet]. De : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado, Servicios Sociales F y DI de M, (IMSERSO) y SS, editors. Suiza Ginebra; 2001. 258 p. Available from: http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf

9. Fundacion Saldarriaga y Concha FS fe de B. La discapacidad en el contexto del sistema general de seguridad social en salud en colombia: Lineamientos, epidemiologia e impacto economico. 2009. 126 p.
10. Salud O. Resumen informe mundial discapacidad. 2011;27. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
11. Organizacion Mundial de la Salud. Stephen W Hawking. Resumen Informa Mundial sobre la Discapacidad 2011. 2009; Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
12. Departamento Nacional de P. EVALUACIÓN INSTITUCIONAL, DE LA POLÍTICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD. Bogota; 2012.
13. Ministerio del Trabajo M, de Salud, FONADIS, OMS/OPS, OIT, PNUD, UNESCO UC y M de E en S. SEMINARIO INTERNACIONAL INCLUSIÓN SOCIAL DISCAPACIDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS UNICEF [Internet]. Bañados C, editor. Chile: Litografía Valente; 2004. 130 p. Available from: http://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro_seminario_internacional_discapacidad.pdf
14. Rodríguez DCA. Rehabilitación integral: Un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad [Internet]. Universidad Nacional; 2014. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12815/1/dianacristinaangarita.2014.pdf>
15. la Declaración de Salamanca y el Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales de UNESCO [Internet]. Salamanca, España; 1994. 49 p. Available from: http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF
16. Republico C de la. Ley 762 del 2002 [Internet]. 2002. p. 4. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=8797>
17. Congreso de Colombia. Ley 1145 del 2007 [Internet]. 2007. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/normatividad/1753/articles-146166_archivo_pdf.unknown
18. CALDERÓN MVO. LA LABOR DEL CUIDADOR DEL NIÑO EN SITUACIÓN

DE DISCAPACIDAD CRÓNICA Y EL IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN SOBRE ESTA LABOR [Internet]. Universidad Nacional; 2014. Available from: www.bdigital.unal.edu.co/43645/1/46381876.2014.pdf

19. Javier Romañach ML. Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano Foro de Vida Independiente – Mayo 2005 España. 2005;8.
20. Instituto Sueco. La igualdad de acceso: garantía de salud de la población sueca. Inst Sueco [Internet]. 2012;4. Available from: <https://sweden.se/other-languages/spanish/Servicios-de-salud-low-resolution.pdf>
21. Socialstyrelsen. La política de discapacidad sueco - servicio y atención a las personas con impedimentos funcionales. socialstyrelsen [Internet]. 2009;49. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8445/2009-126-241_2009126241.pdf
22. Instituto Sueco. Política sobre discapacidad Dignidad y democracia en Suecia. Inst Sueco [Internet]. :4. Available from: <https://sweden.se/other-languages/spanish/Politica-Sueca-sobre-Discapacidad-low-resolution.pdf>
23. Departamento Nacional de Planeación. PLAN NACIONAL 2010-2014 Prosperidad para Todos [Internet]. Bogota; 538 p. Available from: <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/PND-2010-2014/Paginas/Plan-Nacional-De-2010-2014.aspx>
24. Alcaldía Mayor B. Plan-Desarrollo 2012-2016.pdf [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 9]. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/OtrosDocumentosArchivados/PlandeDesarrollo/PLAN-DESARROLLO2012-2016.pdf>
25. Congreso de Colombia. Ley 715 del 2001 [Internet]. 21 Diciembre del 2001. 2001. p. 79. Available from: [http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/presupuestogeneraldelanacion/Normativapresupuesto/Leyes/Ley 715 de diciembre 21 de 2001](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/presupuestogeneraldelanacion/Normativapresupuesto/Leyes/Ley%20715%20de%20diciembre%2021%20de%202001)
26. Naciones Unidas. Documento final de la reunión de alto nivel de la

Asamblea General sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad: el camino a seguir: una ag. 2013;6. Available from: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/68/L.1>

27. DANE. Proyección Estadística población Bogotá [Internet]. 2005-2015. Available from: <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Bogot%C3%A1.+Proyecciones+de+poblaci%C3%B3n+2005-2015%2C+seg%C3%BA+edades+quinquenales+y+simples+y+por+sexo>.
28. Gilberto Barón Leguizamón. Cuentas Nacionales de Salud 1993-2003 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección social; 2007. 250 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/CUENTAS DE SALUD.pdf>
29. República Colombia. Constitución política. Colombia: Constitución de 1991, con Reformas hasta 2005 [Internet]. 1991. [cited 2015 Jun 9]. Available from: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/col91.html>
30. García-Ubaque JC, García-Ubaque CA, C y LFB. Reforma colombiana en salud: Propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación. Rev salud pública 14 878-890, 2012 [Internet]. 2012;14:878–90. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/33375/1/33213-179239-1-PB.pdf>
31. Martínez FL, García APF, Desarrollo F para la I y el, Social de la S y la S. EQUIDAD EN EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD FINANCIACIÓN Y ASIGNACIÓN EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD [Internet]. Editorial . Bogotá; 2012. 151 p. Available from: <file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/Equidad en el financiamiento def.pdf>
32. Ministerio de Protección Social C. Últimas Normas. Acuerdo 260 de 2004. Con sejo Nacional de Seguridad Social en Salud [Internet]. 2004 [cited 2015 Oct 29]. Available from: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Acuer260.htm>
33. Álvaro Cardona, Luz M. Mejía, Gilma S. Vargas EÁ y EN. Análisis de la actualización del Plan Obligatorio de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, 2009-2012. Rev salud pública 15 258-270, 2013 [Internet]. 2013;258–70. Available from:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/36742/1/37727-198663-1-PB.pdf>

34. Ministerio de Salud y PS. Resolución 5925 del 2014 [Internet]. 2014. 2014. p. 21. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-5925-2014.PDF>
35. Supersalud. BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL REPORTE DE INFORMACIÓN ENTIDAD TERRITORIAL - CORTE 30 JUNIO DE 2012 [Internet]. 2012. p. 223. Available from:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=nG2b4N2o79s%3D&tabid=866&mid=2461>
36. Minsalud S. REPORTE DEL NUMERO DE AFILIADOS BDU A POR EPS [Internet]. 2015. p. 3. Available from:
[file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/AFILIADOS 2011 a 2014.pdf](file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/AFILIADOS%202011%20a%202014.pdf)
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Cobertura en Régimen Subsidiado [Internet]. 2014. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>
38. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Oficina 318. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Instituto de salud pública. Rev Salud pública vol7 no2 Bogotá July 2005. 2005;7.
39. Hernández DAA, Bautista ÓF, Jiménez DAG, Álvarez MEH, Collantes JM, Martín FM, et al. Inequidad en salud en Bogotá. Tomo VII Colección la seguridad social en la encrucijada. Restrepo Mario, E Hernández DI, editor. Bogotá; 2012. 431 p.
40. El Tiempo. Colombia. Colombia, entre los seis países con mayor desigualdad económica en el mundo - Archivo Digital de Noticias de Colombia y el Mundo desde 1.990 - eltiempo.com. 22 de julio de 2010 [Internet]. 2010 [cited 2015 Jun 9]; Available from:
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7821308>
41. Departamento Nacional de P. CONPES 117 ACTUALIZACIÓN DE LOS

CRITERIOS PARA LA DETERMINACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES [Internet]. 2008. p. 23. Available from: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0117_2008.htm

42. Bogota humana. INTEGRACION SOCIAL [Internet]. 2015. p. 54. Available from: http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/1.3_proc_dir ec_estrategico/11062015_721_FORMULACION_ACTUALIZADA_MARZO_2015.pdf
43. Ministerio de Salud y Protección Social GN. Ley 1318 del 2013 [Internet]. 2012. Available from: [http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY_1618 DEL_27_DE_FEBRERO_DE_2013.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY_1618_DEL_27_DE_FEBRERO_DE_2013.pdf)
44. Mitra S, Findley PA, Sambamoorthi U. Health care expenditures of living with a disability: total expenditures, out-of-pocket expenses, and burden, 1996 to 2004. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. Elsevier; 2009 Sep 9 [cited 2015 Oct 12];90(9):1532–40. Available from: <http://www.archives-pmr.org/article/S0003999309003189/fulltext>
45. Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. Am J Public Health [Internet]. American Public Health Association; 2015 Apr 6 [cited 2015 Aug 12];105 Suppl :S198–206. Available from: http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2014.302182?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&
46. Scheil-Adlung X. Revisión de las políticas para avanzar hacia la cobertura universal de salud en los países de bajos ingresos: ventajas de los pisos nacionales de protección social. Rev Int Segur Soc. 2013;vol. 66, 3:28.
47. REPUBLICA DE COLOMBIA, SALUD M DE. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. RESOLUCION N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993) [Internet]. 1993. 1993. p. 12. Available from: https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica_res_8430_1993.pdf

13. ANEXOS

Nota: para la impresión del documento final se anexaran los consentimientos informados y entrevistas realizadas en cumplimiento con habeas data Ley 1266 del 2008.