

**DETERMINANTES DE LAS BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL EN COLOMBIA, SEGÚN
RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA 2019**

IRINA BENAVIDES BADILLA

ANDREA RAMOS HERRERA

Trabajo de Grado para optar por el Título de Magister en Salud Pública

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
TRABAJO DE GRADO III
BOGOTÁ D.C, JUNIO DE 2023**

Resumen

Introducción: El acceso a la atención en salud en Colombia por parte de personas con discapacidad sensorial (habla, auditiva y visual) tiene diferentes determinantes. Así, el acceso -entrada- y accesibilidad -permanencia-, son insumos teóricos cardinales. **Objetivo:** Describir los determinantes de las barreras de acceso a los servicios de salud de personas con discapacidad sensorial en Colombia según resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) del 2019. **Metodología.** Estudio descriptivo con un enfoque crítico, basándose en una revisión documental y tomando como referencia los datos generados por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) del 2019 año seleccionado por la estabilidad y regularidad alcanzada en la aplicación de la encuesta, realizada en 93993 hogares. **Resultados:** Según la población con discapacidad sensorial, las barreras de acceso a los servicios de salud se exacerban por su condición ante un sistema de salud que no tiene la pertinencia necesaria para la atención a sus necesidades. De manera específica, esto se relaciona con las condiciones socioeconómicas de las personas y sus familias, las características administrativas y financieras del sistema de salud, la situación particular de las instituciones de atención a la salud y mismas expectativas de una atención oportuna y eficaz que tienen los sujetos, asuntos que exacerban su dificultad para acceder al sistema. Esto es un insumo para la evaluación de este sistema de salud en lo relativo al acceso a este por parte de las personas con discapacidad sensorial. Esto, con el fin de que se planteen propuestas tendientes a solventar paulatinamente dichas problemáticas y se amplíen las trayectorias investigativas en la materia, habida cuenta de que se advirtió una carencia de enfoque en las mismas tanto en las investigaciones públicas como privadas anteriores al presente trabajo. **Conclusiones:** La discapacidad es un fenómeno complejo resultado de la interacción entre las características del cuerpo humano y las particularidades de la sociedad en la que se vive y se desenvuelve. Así, se plantea la implementación de mejoras en el sistema de salud atendiendo las necesidades de la población con discapacidad.

Palabras clave: Persona con Discapacidad; Barreras de Acceso a los Servicios de Salud; Diversidad, Equidad e Inclusión; Servicios de Salud para Personas con Discapacidad

Abstract

Introduction: Access to health care in Colombia by people with sensory disabilities (speech, hearing, and visual) has different determinants. Thus, access -entry- and accessibility -permanence-, are cardinal theoretical inputs. **Objective:** To analyze the determinants of the barriers to access to health services for people with sensory disabilities in Colombia according to the results of the National Quality of Life Survey (ENCV) of 2019. **Methodology.** Qualitative research with a critical approach that was mainly used as a research tool was the documentary review, which allowed the analysis of the data generated by the National Quality of Life Survey (ENCV) of 2019, because the frequency and stability of the survey application reached this year, conducted in 93993 households. **Results:** According to the population with sensory disabilities, the barriers to access to health services are exacerbated by their condition in a health system that does not have the necessary relevance to meet their needs. Specifically, this is related to the socioeconomic conditions of individuals and their families, the administrative and financial characteristics of the health system, the particular situation of healthcare institutions, and the very expectations of care that these subjects have, issues that exacerbate their difficulty in accessing the system. This is an input for the evaluation of this health system in terms of access to it by people with sensory disabilities. This is to put forward proposals tending to gradually solve such problems and expand the research trajectories on the subject, considering that a lack of focus was noticed in both public and private research before the present work. **Conclusions:** Disability is a complex phenomenon resulting from the interaction between the characteristics of the human body and the particularities of the society in which it lives and develops. Thus, the implementation of improvements in the health system is proposed to meet the needs of the population with disabilities.

Key Words

Disabled Persons; Barriers to Access of Health Services; Diversity, Equity, Inclusion; Health Services for Persons with Disabilities.

Introducción

Las personas en condición de discapacidad han generado reflexiones sobre la atención a su salud. Una parte de estas deliberaciones se ha posicionado en La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que reconoce la discapacidad como “(...) un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (...)” (1). Así, resulta relevante señalar que se ha establecido una relación estrecha entre salud y contexto social para definir la discapacidad y el grado de funcionalidad de los individuos; por esta razón se consideran los factores ambientales como determinantes, facilitadores o limitadores del entorno en donde la persona con discapacidad se desenvuelve (2).

Este es un problema complejo con una magnitud y una profundidad elevada. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 15% de la población mundial sufre algún tipo de discapacidad, quienes en muchas oportunidades perciben violentado su derecho a la salud debido a las deficiencias de los sistemas sanitarios (personal no calificado, infraestructura poco accesible, barreras geográficas) y la falta de atención pertinente a sus necesidades sanitarias en asuntos de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de la funcionalidad (3).

Al hacer una revisión documental en el contexto nacional, las investigaciones han coincidido en señalar como problemáticas recurrentes del acceso al sistema de salud para las personas con discapacidad, factores como la arquitectura de los lugares de atención, la economía de la población, su etnia y género; así como la carencia de un servicio humanizado por parte del personal de salud (4). Además, en estos estudios se identificó un vacío importante en investigaciones a nivel nacional en cuanto a las barreras de acceso a los servicios de salud que presentan específicamente las personas con discapacidad sensorial (visión, audición y habla).

En la revisión de literatura en el contexto colombiano_Gómez et al (4) describen que el acceso a los servicios de salud va más allá de la presencia de instalaciones que presten atención en salud o incluso de la misma afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues en su investigación concluyeron que no existe garantía de acceder a un servicio oportuno e integral cuando se cuenta con la condición de afiliado (4), por lo cual, podría deducirse que, técnicamente, el aseguramiento no garantiza la prestación efectiva del servicio.

Se ha identificado además que la continuidad del servicio es otro aspecto relevante dentro de la atención, y que una de las causas que más influye son las demoras en las autorizaciones por parte de las empresas promotoras de salud (4), es decir, aun encontrándose en condición de discapacidad, una persona puede ver truncada la continuidad en la prestación del servicio, contrario a lo descrito en el artículo 1 de la Ley 100 el cual hace mención sobre las obligaciones del Estado y sociedad para “garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios” (5).

En Colombia, de acuerdo con datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el censo poblacional de 2020 se encontró que hay 3.134.000 de personas con dificultades relacionadas con la realización de actividades cotidianas básicas (7,1% de la población colombiana), y de éstos 1.784.000 (4,07% de la población de Colombia) reportan tener alguna dificultad severa (grados 1 o 2), (6), del cual cerca del 23% refirió que las alteraciones permanentes que más les afectan están relacionadas con sus sentidos ojos, oídos, voz y habla (7).

Por otro parte, el 80% de esta población se ubica en estratos socioeconómicos 1 y 2 (6), coincidiendo con investigaciones anteriores, que demuestran que la mayor parte de la población con discapacidad se encuentra dentro de los estratos socioeconómicos bajos, asunto que genera mayores riesgos sanitarios a partir de sus desventajas económicas con respecto a los que no tienen discapacidad.

Según Vélez, González y Velázquez, en Colombia el problema de la salud no sólo radica en la cobertura de aseguramiento de la población, sino también en las dificultades de acceso a los mismos para personas con discapacidad (8), por lo que el estudio de las restricciones se reconoce como una necesidad. En Colombia, la Ley 100 de 1993 propendió por combatir las

disparidades que se presentaban en el acceso a los servicios de salud, a través de una oferta de servicios amplia, sin embargo, en la actualidad continúan existiendo brechas en el acceso de los servicios de salud (9).

Por lo anterior, es necesario estudiar e identificar el papel que están jugando las instituciones del sistema de salud en el bienestar de la población y cómo el Estado interviene para evitar y tratar las inequidades, así como la poca accesibilidad que hasta ahora se ha presentado en el país, pues los datos indican que lo que busca la normatividad en términos de cobertura y calidad no se ha logrado del todo.

En la conceptualización de la discapacidad, es relevante su comprensión de manera holística, que incluye tanto las deficiencias como las limitaciones que sufre un individuo tanto a nivel personal como social (10), por ende, el término incluye a “(...) personas que tengan deficiencias físicas, cognitivas, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás (...)” (1).

A partir de este concepto, se tomará la definición de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas para llevar a cabo la investigación, ya que define la discapacidad como un proceso que está en constante cambio y que depende más de factores ambientales para el desarrollo pleno de la persona con discapacidad, teniendo en cuenta no sólo elementos físicos sino también de actitudes de la comunidad en la que se desenvuelve (2).

Con respecto a las discapacidades sensoriales, es necesario definir los siguientes conceptos como referentes guías para la población de interés en la investigación.

1. Discapacidad visual: puede haber limitación total o parcial de la función visual (11).
2. Discapacidad de habla y voz: se relaciona con los distintos trastornos y afecciones en la capacidad para poder comunicarse (12).
3. Discapacidad auditiva: se refiere a la incapacidad de una persona en el sentido de la audición (oído) en condiciones normales, y puede deberse a causas congénitas o

adquiridas, lo que repercute directamente en el desarrollo del lenguaje y la comunicación (13).

Con base en las definiciones anteriores y para efectos de la población objeto de estudio, se entenderá la discapacidad visual como cualquier afectación en la visión que cause limitación total o parcial de la función visual, así mismo, la discapacidad de habla y voz se comprende como las alteraciones que dificulten la comunicación verbal; de otra parte, la discapacidad auditiva es entendida como la alteración en el sentido del oído en condiciones normales, lo que dificulta o limita la escucha de la población.

Para la presente investigación, se estableció que las personas con discapacidad eran aquellas quienes refirieron tener algún tipo de dificultad ya fuese física o mental que afectara sus capacidades y habilidades sensoriales para realizar actividades de la vida diaria (habla, auditiva y visual).

Otro concepto para posicionar es el de sistema de salud. De acuerdo con la OMS un sistema de salud es “(...) la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud (...)”, el cual debe promover factores protectores enfocados en la calidad de vida de los grupos familiares, así como brindar tratamientos y servicios (equitativos, accesibles y asequibles) que satisfagan las necesidades de toda la población, con el fin de mejorar su vida, atender sus necesidades con prontitud (tratamientos y tiempo de espera), velar por la disminución de desigualdades y brindar seguridad financiera por las pérdidas y los costos que genera una enfermedad (15). Por otra parte, Losada y Rodríguez definen servicios de salud como los prestados por todo el personal de salud de los centros de atención sanitaria (hospitales, consultorios, clínicas) con el fin de conservar o atender la salud (16).

Con base en lo anterior, en la presente investigación se consideró al sistema de salud como la red de instituciones conformadas tanto por su estructura física (arquitectura), la cual debe considerar las necesidades de toda la población, como administrativa, y por la red de profesionales que se desenvuelven laboralmente en ella; así también, por los servicios de salud que brindan los profesionales a las personas que así lo requieran o soliciten.

Lo determinantes sociales de la salud (DSS) son definidos como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones” (19). En el estudio de acceso y accesibilidad, es fundamental identificar y analizar la relación de estos con la presencia de barreras cuando se utiliza el sistema de salud, sobre todo cuando se trata de poblaciones de especial atención como las personas con discapacidad.

Es por lo anterior que las condiciones de acceso en los sistemas de salud no pueden ser generalizadas. Es importante destacar que existen distintos factores (creencias religiosas, educación y etnia) que interactúan y que pueden obstaculizar el uso de los servicios sanitarios, por lo que es vital ajustar las diferencias existentes entre los individuos y las distintas comunidades, pues tales particularidades determinan el grado de acceso a un servicio. Factores como la distancia y horarios de atención provocan en la mayoría de las ocasiones trabas en el acceso, y que pueden asociarse a elementos como los económicos, pues se incurren en gastos como el transporte hacia el lugar (centro de atención) o pagos por cobros del servicio utilizado (17).

En la literatura se definen con frecuencia al acceso y la accesibilidad como sinónimos, sin embargo, cuando hablamos de servicios y sistemas de salud, estos adquieren una concepción distinta. Así, por ejemplo, Frenk (2014) define el acceso a los servicios de salud como el proceso en el cual los individuos buscan y obtienen la atención que requieren (hace referencia a características propias de los usuarios) y a la accesibilidad como “el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud”. Se destaca que la accesibilidad no sólo debe relacionarse con el primer contacto del paciente con el sistema sino con la continuidad de éste (18).

En esta reflexión son fundamentales los dominios de acceso en los sistemas de salud descritos por Frenk (18) ya que nos ayudan a identificar el proceso por el cual un individuo pasa hasta llegar a un sistema de salud, e incluso determinar los obstáculos que a su vez podría ir encontrando, estos son: dominio estrecho como la búsqueda de la atención, dominio

intermedio a la consecución y continuación de la atención y al dominio amplio a todo el proceso (a partir del deseo de atención y la continuación del servicio de salud).

Por otra parte, una fuente de información cardinal en esta investigación es la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV), que tiene como fin caracterizar las condiciones de vida de los ciudadanos en Colombia, evaluando aspectos desde el nivel individual como familiar, tales como datos de vivienda, servicios del hogar, características y composición del hogar, salud, atención integral de infantes menores de 5 años, educación, fuerza de trabajo, trabajo infantil, tecnologías de información y comunicación, tenencia y financiación de la vivienda, condiciones de vida y tenencia de bienes y uso de energéticos del hogar. Además, teniendo en cuenta toda la población civil no institucionalizada residente del todo el territorio colombiano, analiza y observa viviendas, hogares y personas; así, para el año 2019 se obtuvo una muestra de 93.993 hogares (20).

Dentro del apartado salud al interior de la ENCV 2019, se ubica un segmento sobre la dificultad que presenta un individuo para realizar actividades relacionadas a diversos componentes, teniendo en cuenta las capacidades sensoriales, información que permite identificar y caracterizar a la población objeto para llevar a cabo la presente investigación.

Así, el objetivo principal en esta investigación es analizar los determinantes de las barreras de acceso a los servicios de salud de personas con discapacidad sensorial en Colombia según resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) del 2019. Adicionalmente, se incluyó la descripción de características sociodemográficas relevantes de la población en estudio de acuerdo con dicha encuesta, así como la identificación de las barreras de acceso mayormente reportadas por la población con discapacidad sensorial. Adicionalmente, se buscó identificar los determinantes que generan las barreras de acceso en el sistema de salud para la población seleccionada.

Partiendo del análisis de información relevante disponible, es viable preguntar: ¿Cuáles son los determinantes de las barreras de acceso en los servicios de salud para personas con

discapacidad sensorial de voz y habla, auditiva y visual en Colombia según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2019?

Diseño metodológico

Esta es una investigación de tipo descriptivo, teniendo en cuenta que se realizó un análisis crítico de la revisión documental y los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) del 2019, siendo este último el insumo principal para poder identificar las barreras de acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad sensorial. En este orden, se especificaron las características y las propiedades del fenómeno estudiado, haciendo énfasis en los perfiles de las personas, las comunidades y los procesos en el ámbito de estudio.

Fue realizada mediante el análisis de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del año 2019, la cual fue obtenida directamente de la página web oficial del Archivo Nacional de Datos de la misma entidad, en aras de garantizar cabalmente la integridad e inalterabilidad de la información allí consignada. Esto indica que esta encuesta reconoce que la población estudiada son los cerca de 50 millones de colombianos

De conformidad con lo establecido por el DANE, la ENCV es una investigación que tiene el objetivo de recopilar información respecto de los diversos ámbitos de bienestar y condición de vida de los hogares a nivel nacional; siendo tal el motivo por el que se seleccionó dicho referente para la presente investigación, teniendo cuenta de que actualmente constituye la fuente de información oficial más completa para el tema en cuestión (20).

En relación con ello, se rememora que la ENCV llevó a cabo una revisión pormenorizada de once ámbitos de estudio clasificados en los libros enunciados a continuación: I) Datos de la vivienda, II) Servicios del hogar, III) Características y composición del hogar, IV) Salud, V) Atención integral de los niños y niñas menores de 5 años, VI) Educación, VII) Fuerza de trabajo, VIII) Tecnologías de información y comunicación (TIC), IX) Trabajo infantil, X) Tenencia y financiación de la vivienda que ocupa el hogar, XI) Condiciones de vida del hogar y tenencia de bienes.

Así, teniendo en cuenta el objeto de esta investigación, se adelantó un análisis del Libro IV sobre Salud en la encuesta citada y del gran total de 289.558 personas encuestadas. Esta muestra nacional permitió seleccionar el grupo poblacional que refirió presentar algún tipo de discapacidad sensorial, que fuera de tipo visión, voz, o audición, reduciendo de esta forma el ámbito de estudio a un número de 64.405 personas.

Dicho libro fue seleccionado como referente principal debido a que contiene elementos análogamente relacionados con las barreras de acceso al servicio de salud que pudiesen encontrar las personas en condición de discapacidad estudiadas; todo ello, bajo la consideración que describe factores relativos al funcionamiento práctico del SGSSS en el país.

Se realizó una revisión de bases de datos considerando la relevancia de fuentes primarias y secundarias en el marco del contexto colombiano, privilegiando publicaciones adelantadas en los últimos diez años en el campo de la salud relacionados directamente con el tema de la presente investigación, y aquellas de carácter científico con marcos teóricos, conceptuales y metodológicos rigurosos y confiables.

A partir de lo anterior, la investigación sigue la línea conceptual y teórica de Frenk (18) quien explica el acceso a servicios de salud como un proceso desde el momento en que aparece la necesidad de atención (búsqueda), inicio y la consecución de ésta y los obstáculos que en su proceso puedan presentarse. A su vez, se toma en consideración las características propias de la población y de los servicios ofertados para la identificación y análisis de barreras.

Siguiendo con lo descrito, la presente intenta seguir una lógica de sucesión al elegir las preguntas de la ENCV 2019 que permitan trazar el uso de los servicios de salud siguiendo las metodologías utilizadas en investigaciones anteriores que permiten clasificar las barreras tanto de oferta como demanda (9,21).

Seguido a esto, y teniendo en consideración la población estudiada por la ENCV, se realizó una caracterización inicial de los ciudadanos que serían objeto de la presente investigación, así como una clasificación de las barreras de acceso a analizar tanto de atención inmediata, prevención y promoción de salud de la población de estudio, como de la identificación y descripción de los mismos elementos, en el marco de una categorización de oferta y demanda

en la que se procuró analizar la variabilidad de pertenencia al régimen contributivo versus el régimen subsidiado, como posibles elementos clave de la afectación al derecho a salud al que puede enfrentarse la ciudadanía respecto del acceso efectivo a servicios médicos.

De esta manera, la metodología permitió partir de una evaluación integral de la información, identificar aspectos críticos de la situación actual para proponer mejoras con una perspectiva multidimensional que provee elementos para la toma de decisiones en el marco del desarrollo de políticas públicas, así como para la implementación de planes, programas y acciones orientadas a la mejora de las condiciones actuales.

Principios éticos

Es importante señalar que esta investigación no genera ningún tipo de riesgo en los seres humanos, debido a que los datos provienen exclusivamente de fuentes documentales. La investigación se direccionó con un principio ético fundamental consistente en el respeto a las personas, por lo que se mantuvo de manera anónima la información relacionada con la identidad de los sujetos cuya información fue analizada en la presente revisión bibliográfica. Así mismo, se aplicó el principio de beneficencia en la medida en que las conclusiones y recomendaciones están orientadas hacia el mejoramiento de la salud y el bienestar de poblaciones específicas.

Hallazgos y resultados

Resulta relevante el estudio de las barreras de acceso dentro del sistema de salud para las personas con discapacidad a nivel nacional, tomando como referencia las bases de datos como los que brinda la ENCV, que permiten dar a conocer las necesidades que presenta la población de interés cuando requieren acudir a un servicio de salud y si realmente se les brindan servicios adecuados a sus necesidades (5), además brinda la posibilidad de estudiar variables que puedan intervenir en la presencia o modificación de barreras.

Así entonces, el estudio de los determinantes de acceso a los servicios de salud en un grupo antropológicamente importante, como lo es la población con discapacidad, se torna relevante dentro del contexto nacional, pues marca no sólo los quebrantos sociales sanitarios sino la posibilidad del tratamiento de estos.

En el país, el 70% de las personas inscritas en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, se encuentran aseguradas y de este porcentaje, el 70% se encuentra bajo el régimen subsidiado (7), dato significativo para la investigación, pues resulta relevante la descripción de las diferencias entre las barreras de acceso en los servicios entre las personas del régimen subsidiado con relación al contributivo, pues al estar directamente relacionado con el Estado, este podría ser un indicador evaluativo del funcionamiento del mismo como garante de los derechos para las personas con discapacidad, ya que las personas con bajos recursos económicos y con algún tipo de discapacidad, se encuentran en mayor grado de vulnerabilidad para acceder a los servicios de salud (22).

La revisión de literatura permite identificar que en Colombia siguen existiendo brechas de desigualdad en los servicios de salud, pero el problema no radica en el sistema de cobertura de aseguramiento, sino en el grado de accesibilidad a los mismos y en la continuación del servicio. El estudio se centra en la identificación de los determinantes que generan barreras en los servicios de salud y con ello dar a conocer las circunstancias que afectan no sólo la atención del individuo sino el uso del servicio de salud.

Al analizar los discursos en la literatura consultada, se identificó que en Colombia las investigaciones acerca de las barreras de acceso en servicios de salud toman relevancia a partir de las inconsistencias estructurales que se presentan en el sistema general de salud en temas de equidad y accesibilidad, como métodos de evaluación y búsqueda de soluciones a estos problemas (23). En materia de discapacidad, se han expuesto diversos estudios con enfoques distintos tanto a nivel nacional (8) como regional (4,24–37). Las barreras de acceso han sido definidas como las limitantes para el desarrollo de las personas con discapacidad, lo que hace referencia tanto a estructuras físicas como de pensamiento que impiden la igualdad y equidad dentro de la sociedad (8).

En las investigaciones documentadas en el marco regional en cuanto a la salud y el alcance que tienen las personas con discapacidad a ella, se concentra en ciudades tales como Cali (31,36) , Medellín (37), Bogotá (29,32,33), Manizales (30), Zarzal (4), Buenaventura (24), Pereira (26), Villavicencio (27) y estudios que toman en cuenta varias ciudades (34). Estos estudios se desarrollaron en su mayoría entre los años 2013 y 2019. Se encuentran estudios de tipo cualitativo (8,24,32–34) cuantitativo (4,31), mixto (25,27) y descriptivos (8,26,28–

30,35,36).

Otro campo de revisión documental desde el análisis de la normatividad, en el ámbito nacional resulta relevante la jurisprudencia, la cual hace referencia a la descripción de las sentencias de tutelas presentadas por los usuarios afectados. Abarca en gran proporción de la regulación de temas de accesibilidad y disponibilidad en los servicios de salud y sus barreras para personas con discapacidad, y hace referencia a los mismos utilizando como fuente de información los resultados de las tutelas de los años en estudio (2005-2015), en donde se hace énfasis en barreras administrativas, económicas, físicas y tecnológicas. Este se basa más en el marco legal (sentencias de tutela) y marca la importancia que tienen para los ciudadanos conocer sus derechos como usuarios de un sistema de salud de forma efectiva (8).

En cuanto a las fuentes de información, se evidencia un difícil acceso a la requerida para este tipo de estudios, pues muchos de ellos se validan desde información obtenida por construcción propia o encuestas adaptadas (4,24,25,27,31–34,36,37); de igual forma, las bases de datos más utilizadas como fuente secundarias son de tipo nacional como por ejemplo el registro de localización de personas con discapacidad (28–30), registros de sentencias de tutelas (8) y registros propios de clínicas o Secretarías de Salud (31,36).

Con respecto a la población con discapacidad se encuentra la población infantil (24,27,36,37), así como sus cuidadores y madres (25–27,32,36,37), visión del profesional ante la discapacidad (33,34), personas que sufren la discapacidad (33,34) y desde la visión de los determinantes sociales (24,25,33). Las discapacidades de menor estudio han sido las relacionadas con baja visión. Se evidenció una investigación en particular, que tuvo como objetivos la identificación de las formas de atención (ingreso, diagnóstico, rehabilitación y seguimiento) y gestión del servicio (para la venta y gestión para la ayuda óptica) desde la percepción de los profesionales que se desempeñan en el área (visión). Se concluyó que las barreras se daban desde el inicio del servicio, es decir, desde su diagnóstico: la poca preparación del profesional en el tema provoca que se den diagnósticos errados y, por ende, malos tratamientos. Las políticas de salud en el tema de baja visión son ausentes o escasas y esto conlleva a la poca protección de los derechos en salud de esta población (poco cubrimiento de planes de beneficios) (34).

En cuanto a las características sociodemográficas, se ha observado poca identificación de los

estratos a los que la población del estudio pertenece, sin embargo, la hallada suele pertenecer a los estratos uno, dos y tres (4,28–30); de igual forma, de conformidad con las investigaciones, la población mayormente afectada suele pertenecer al régimen subsidiado más que al contributivo o mixto (4,29–32,37). Además, el enfoque de la discapacidad en temas de acceso a los servicios de salud se ha venido observando de la percepción del cuidador o del profesional (24,26) y no desde el paciente que sufre la discapacidad.

Caracterización de la población en situación de discapacidad

Datos de Vivienda

De conformidad con los datos obtenidos, se identificó dentro de la población de estudio, un total de 43511 viviendas, localizadas en su mayoría en la zona Central (24,3%) y en el Caribe (21,6%), con menor registro regiones de Bogotá y San Andrés para un 2,6% y 0,6% respectivamente.

En cuanto al estrato socioeconómico (identificado por los recibos del servicio eléctrico de las viviendas), se identifica al 74,7% en estrato bajo-bajo y bajo, 13,3% en medio-bajo y medio, y el 2,6% en medio-alto y alto. Un 9,5% del total de las viviendas no registran estrato socioeconómico porque no cuentan con el servicio, porque es pirata, o porque en el recibo no se registra el dato.

Sexo y grupo etarios

En cuanto al sexo de la población, en su mayoría se encuentra conformada por mujeres, para un total de 36158 personas y 28247 de hombres (tabla 1). Además, en cuanto a los grupos etarios, el 46,6% de la población se encuentra dentro del grupo de adultos y el 36,3% corresponde al de vejez. Con menores proporciones se encuentran el grupo de primera infancia e infantes con un 2,5% y 3,1% respectivamente.

Tabla 1. Frecuencias sexo de población estudio

Sexo	Frecuencia	%
Hombre	28247	43,9

Mujer	36158	56,1
Total	64405	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Salud

El total de la población estudiada fue de 64405 personas. El 96,6% se encuentra afiliada al sistema de salud, el 4,2% no lo está y el 0,2% no sabe su situación de afiliación (tabla 2). Así del total de la población asegurada (61557 personas), el 34,4% pertenece al régimen contributivo, el 62,2% al régimen subsidiado y el 0,2% desconoce su régimen (tabla 3).

Tabla 2. Afiliación a una entidad de seguridad social en salud

	Frecuencia	%
Sí	61557	95,6
No	2716	4,2
No sabe	132	0,2
Total	64405	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Tabla 3. Afiliación según régimen de seguridad social

Régimen	Frecuencia	%
Contributivo (EPS)	23175	3,6
Subsidiado	38268	59,4
No sabe, no informa	114	0,2
Personas no aseguradas o que no saben si lo están	2848	4,4
Total	64405	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

La población que no se encuentra afiliada a una entidad de salud lo asoció en su mayoría a la falta de documentación (27,1%) y a que se encuentra en trámite (22,3%). Las razones menos descritas fueron que no saben que deben afiliarse (1,8%) y que no hay una entidad cercana (2%) (gráfico 1).

Gráfico 1. Razones para no estar afiliado a una entidad de seguridad social en salud

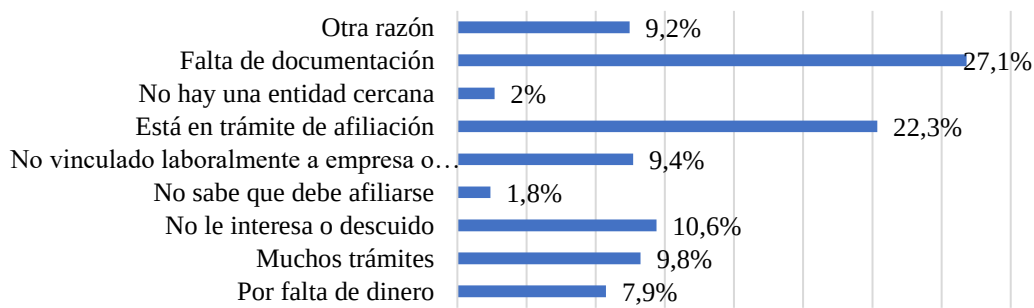


Gráfico elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE

Financiamiento de la Seguridad Social

Se identifican fuera del régimen subsidiado a 23175 personas, los cuales corresponden al régimen contributivo

De ellos, el 38,6% refiere no pagar por la afiliación a salud porque es beneficiario, correspondiendo en mayor cantidad a una persona del mismo hogar (70,9%). El 25,6% refiere que paga una parte y la otra el empleador, al 17,4% le descuentan la pensión, 14,2% paga la totalidad y el 4,2% es financiada por el empleador para quien trabaja o trabajó (tabla 4).

Tabla 4. Pago de afiliación a la entidad de seguridad social en salud

	Frecuencia	%
Paga una parte y otra la empresa o patrón	5935	25,6
Le descuentan la pensión	4032	17,4
Paga la totalidad de la afiliación	3299	14,2
Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó	967	4,2
No paga, es beneficiario	8942	38,6
Total	23175	100,0

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Calidad del servicio de salud (EPS o entidad de Seguridad Social en Salud)

Del total de la población que está afiliada a una entidad de salud correspondiente a 61443 personas, el 74,2% califica la calidad del servicio entre muy buena y buena y el 1,9%

responde que no sabe. Por otra parte, un 23,8% califica la calidad del servicio como mala (tabla 5).

Así entonces, esta proporción que calificó la calidad como mala y muy mala (14643 personas) indica que los aspectos que más influyen en la baja calidad se relacionan la demora en la asignación de citas y a los trámites excesivos o dispendiosos (71,6%), seguido por mala atención y falta de conocimientos por parte del personal administrativo y asistencial (16,6%). Las condiciones deficientes de la entidad y en la demora de atención por parte del personal médico (9,6%) u otros (2,2%) se presentaron en menor expresión (tabla 6).

Tabla 5. Percepción de calidad del servicio de la EPS o entidad de SSS

Evaluación	Frecuencia	%
Muy buena	3897	6,3
Buena	41723	67,9
Mala	12037	19,6
Muy mala	2606	4,2
No sabe	1180	1,9
Total	61443	100,0

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Tabla 6. Aspecto que más influye sobre la calidad del servicio

Motivos	Frecuencia	%
Trámites excesivos o dispendiosos	2936	20,1
Mala atención del personal administrativo o asistencial	2127	14,5
Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial	307	2,1
Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario	365	2,5
Demora en la asignación de citas	7554	51,6
Demora en la atención por parte del personal médico	1034	7,1
Otro	320	2,2
Total	14643	100,0

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Consulta médica y odontológica: prevención

El 73,5% de la población en estudio (47331 personas) asisten a servicios de prevención (medicina y odontología), para este total el 92,6% acude a la EPS o entidad de seguridad social en la cual está afiliado(a) y el 5% acude al servicio de forma particular, mientras que 1,8% acude al plan de seguro voluntario de salud. Además, califican la calidad del servicio entre buena y muy buena (88,3%), así como entre mala y muy mala (11,7%).

Por otro lado, las personas que no asisten a consulta por prevención (17074 individuos) refieren que no lo hacen porque su estado de salud bueno (35,5%), por la dificultad para conseguir una cita y muchos trámites (16,3%) o porque no les interesa y no tienen tiempo (15,1%). Las razones menos referidas se asociaron a la desconfianza en los médicos (1,9%), por la lejanía del centro de atención y a la dificultad para viajar a él (7,9%) y la falta de dinero (9,3%) y otro (2,9%) (tabla 7).

Tabla 7. Razones para no asistir a servicio de prevención (médico y odontólogo)

Motivos	Frecuencia	%
Por falta de dinero	1588	9,3
Es difícil conseguir una cita oportuna	1125	6,6
No tiene tiempo	613	3,6
Muchos Trámites	1656	9,7
Considera que su estado de salud es bueno	6053	35,5
Considera que le hacen esperar mucho para atenderlo	1290	7,6
Centro de atención está muy lejos	897	5,3
Dificultad para viajar	458	2,7
No confía en los médicos	332	1,9
Considera que la atención es mala	595	3,5
No le interesa o descuido	1965	11,5
Otro	502	2,9
Total	17074	100,0

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Discapacidad visual, habla y auditiva

La discapacidad que en mayor grado se presenta dentro de la población en estudio es la relacionada con la visión y en la que menos refieren tener dificultad es la asociada a la voz. Así, el 90,8% de la población indicó que no puede ver y que presenta algún grado de

dificultad para hacerlo. En cuanto a la capacidad para oír el 16,5% refiere que no puede y que presenta un grado de dificultad para hacerlo. El 8,8% de la población indicó que no puede hablar o conversar y que presenta un grado de dificultad para hacerlo (Tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia de discapacidad según tipo y grados de afección

Capacidades	Oír la voz y los sonidos		Hablar o conversar		Ver de cerca, lejos o alrededor	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No puede hacerlo	449	0,7	1406	2,2	458	0,7
Sí, con mucha dificultad	2491	3,9	1385	2,2	11439	17,8
Sí, con alguna dificultad	7714	12,0	2866	4,4	46581	72,3
Sin dificultad	53751	83,5	58748	91,2	5927	9,2
Total	64405	100	64405	100	64405	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Utilización de los servicios de salud en los últimos 30 días (no hospitalización)

Del total de la población en estudio, el 9,2% (5947 personas) hizo uso de algún servicio de salud ambulatorio por problemas de salud en los último 30 días. Así entonces, de este porcentaje, más de la mitad (59,7%) acudió a la entidad de seguridad social en salud a la que se encuentra afiliado mientras que el 6% asistió a consulta particular. El 34,3% no solicitó ni recibió atención médica y 24,7% utilizó remedios caseros y se auto recetó (tabla 9).

Tabla 9. Medida para tratar problema de salud

	Frecuencia	%
Acudió a la entidad de seguridad social en salud de la cual es afiliado (a)	3548	59,7
Acudió de forma particular a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud	358	6,0
Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista	341	5,7
Consultó a un empírico, curandero, yerbatero, comadrona	22	0,4
Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata etc.)	13	0,2
Usó remedios caseros	766	12,9
Se auto recetó	703	11,8
Nada	196	3,3
Total	5947	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

De las personas que acudieron a la entidad de seguridad social en salud de la cual es afiliado correspondiente a 3548 personas, el 63,4% utilizó el servicio de urgencias, del cual, al 3,6% no se les brindó atención en urgencias (tabla 10). Dentro de las principales razones para no ser atendidos, se hizo referencia a la levedad del caso (51,9%) y esperar mucho tiempo y no ser atendidos (23,5%). Además, se presentan en menores proporciones razones como que en la institución no le podían brindar los servicios y debía ser remitido (11,1%), así como por no compatibilidad de contrato a la entidad a la cual está afiliado (7,4%) (tabla 11).

Tabla 10. Utilización de servicio de emergencia y asistencia médica

Utilización de servicio de urgencias en la IPS			Asistencia médica en el servicio de urgencias	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	2249	63,4	2168	96,4
No	1299	36,6	81	3,6
Total	3548	100	2249	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Tabla 11. Motivos por lo que no hubo atención médica en servicio de urgencias

	Frecuencia	%
El caso era leve	42	51,9
Esperó demasiado tiempo y no lo atendieron	19	23,5
Indicaron que allí no lo podían atender porque no estaba afiliado a alguna entidad que tuviera contrato con ellos	6	7,4
No tenía identificación y por eso lo rechazaron.	1	1,2
Indicaron que debían remitirlo a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo	9	11,1
No le dieron información	3	3,7
No sabe/no responde	1	1,2
Total	81	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

En cuanto a los tiempos de espera para la atención en urgencias, de los 2168 usuarios atendidos, se refiere en gran porcentaje que fueron atendidos inmediatamente (38,2%), lo que contrasta con el 35,7% que refiere haber esperado 1 hora o menos y un 12% más de 2 horas.

Un total de 2041 personas que presentaron problemas de salud en los último 30 días pero que no solicitaron ni recibieron atención médica, describen que no la solicitaron principalmente porque su caso era leve (49,7%) y por la mala calidad en el servicio que han experimentado, así como la desconfianza que sienten para con el personal sanitario (14,6%). De otra parte, as razones menos referidas se relacionan con la lejanía del centro de atención y la dificultad para trasladarse a él (8,2%). Los tiempos de espera largos y la falta de atención (7%) son razones que al igual que la falta de dinero (7,4%) son menos referidas, pero que sin embargo se encuentran presentes al igual que el exceso de trámites y autorizaciones administrativas (5,6%) (tabla 12).

Tabla 12. Razón por la que no solicitó o no recibió atención médica

	Frecuencia	%
El caso era leve	1015	49,7
No tuvo tiempo	81	4,0
El centro de atención queda lejos	134	6,6
Falta de dinero	152	7,4
Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	197	9,7
No lo atendieron	27	1,3
No confía en los médicos	55	2,7
Consulta antes y no le resolvieron el problema	47	2,3
Muchos trámites para la cita	101	4,9
No le cubrían o no le autorizaron la atención	13	0,6
Le hacen esperar mucho para atenderlo	116	5,7
Dificultad para viajar	34	1,7
Otro	69	3,4
Total	2041	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Calidad del servicio de salud brindado (de quienes consultaron los últimos 30 días)

De las 3825 personas que asistieron a servicios médicos, gran parte de ellos la califica como buena (73,3%) (tabla 13). Quienes la calificaron entre mala y muy mala (15,8%), lo asociaron

principalmente a los trámites excesivos y demora en asignación de citas, otros a la demora en los tiempos de espera para ser atendido por personal médico (28,8%). Entre las menos referidas se encuentra lo relacionado a entrega de medicamentos (7,5%) (tabla 14).

Tabla 13. Percepción de calidad de la prestación del servicio de salud

	Frecuencia	%
Muy buena	418	10,9
Buena	2804	73,3
Mala	534	14,0
Muy mala	69	1,8
Total	3825	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Tabla 14. Aspectos influyentes en percepción sobre la calidad de la prestación del servicio

	Frecuencia	%
Trámites excesivos o dispendiosos	93	15,4
Demora en la asignación de citas	152	25,2
Mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.)	90	14,9
Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial	36	6,0
Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario	11	1,8
Demora en la atención por parte del personal médico	170	28,2
Problemas relacionados con los medicamentos	45	7,5
Otro	6	1,0
Total	603	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

De la población que tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o cualquier otro problema de salud (que no implicó hospitalización) corresponde a un total de 5947 personas en los últimos 30 días, así mismo, 3825 personas asistieron a consulta sanitaria (particular o en la entidad de seguridad social en salud afiliada). Así entonces, la población objeto de estudio indicó que las fuentes mayormente utilizadas para sufragar los costos de

atención fueron las EPS o entidad de seguridad social afiliada (88,7%) y recursos propios o familiares (15%) (tabla 15).

Tabla 15. Fuentes utilizadas para cubrir costos de atención en salud en los últimos 30 días consulta médica, exámenes y medicamentos)

	Frecuencia	%
EPS o entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado(a)	3392	88,7
Plan o seguro voluntario (Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	60	1,6
Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	23	0,6
Secretaría de salud o la alcaldía	10	0,3
Recursos propios o familiares	574	15,0
Recursos de otras personas	57	1,5
No se requirió pago	41	1,1

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

De las 3825 personas que asistieron a servicios de salud, al 86,9% le formularon medicamentos, mientras que al 13,1% no. Así entonces, se le entregaron todos los medicamentos al 64,8% de la población prescrita; sin embargo, al 35,2% se les hizo entrega incompleta o no lo recibieron. (tabla 16). A esta parte a la que no se le hizo entrega total del medicamento o del todo no lo recibieron, refirió en gran parte que sucedió porque no se encontraban incluidos en el POS o no los autorizaron (36,8%) y que no había los fármacos recetados (27%). En menos proporción refirieron las relacionadas con dinero (0,9%) y por errores en la fórmula farmacológica (1%). (tabla 17).

Tabla 16. Prescripción y entrega de medicamentos por la enfermedad presente en los últimos 30 días por cuenta de la institución afiliada de salud

Prescripción de medicamentos			Entrega de medicamentos		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Sí	3325	86,9	Sí todos	2156	64,8
			Sí, algunos	596	17,9
			No	573	17,2
No	500	13,1			

Total	3825	100	Total	3325	100
-------	------	-----	-------	------	-----

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Tabla 17. Motivos de no entrega de medicamentos (todos o algunos)

	Frecuencia	%
No están incluidos en el POS o no le autorizaron	430	36,8
No había los medicamentos recetados	316	27,0
No había la cantidad requerida	72	6,2
Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica	12	1,0
No hizo las gestiones para reclamarlos	94	8,0
No tenía dinero	10	0,9
Acudió a médico particular	213	18,2
Otro	22	1,9
Total	1169	100

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Barreras de acceso

El análisis específico de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE (2019), permite establecer la existencia de barreras que dificultan a las personas con discapacidad sensorial recibir atención en salud, así mismo evidenciar los motivos por los cuales la población objeto de estudio no asistió a los servicios de salud aun cuando presentaron algún problema médico (que no requirió hospitalización).

La información relacionada se obtiene de un estudio pormenorizado de los resultados arrojados, así como de una categorización realizada con fundamento en los referentes bibliográficos precitados, en virtud de los cuales se procuró categorizar de forma similar las barreras de acceso al sistema de salud de las personas con discapacidad sensorial del país en dos amplias categorías conocidas como oferta y demanda, realizando una símil de la oferta con el acceso y contacto inicial con el servicio de salud, y de la demanda con factores mayormente exógenos al servicio que impiden al ciudadano acceder al sistema (tabla 18).

Estos elementos fueron seleccionados bajo la consideración de que constituyen y cobijan los

principales factores evidenciados como barrera de acceso en el marco de la presente investigación con fundamento en los resultados de la ENCV 2019. Adicionalmente, la investigación consideró relevante analizar la información obtenida con la encuesta, junto con la dicotomía de facultad de aporte al sistema de seguridad social de los ciudadanos del país, lo anterior, pues las políticas de salud pública propenden por la premisa de que la capacidad económica de aporte, el estrato socioeconómico y demás factores, no incidan ni impliquen por sí mismos, una barrera en la posibilidad de un ciudadano para acceder a los servicios del sistema de salud.

Así, teniendo en cuenta los modelos de atención del país, se realizaron dos categorizaciones adicionales que comprendían por una parte a la población perteneciente al régimen contributivo, y por otra parte a los ciudadanos pertenecientes al régimen subsidiado. Así entonces se identificó que, en la categoría de barreras de oferta, la población perteneciente al régimen subsidiado, encontró mayor dificultad al contacto inicial (relativo a la lejanía del centro de atención y a la dificultad para viajar) con el servicio de salud, en comparación con los pertenecientes al contributivo (44,6% respectivamente) (tabla 18).

De igual forma, se plantearon categorías para las barreras de acceso que podría encontrar la población una vez se hallaba en el punto de servicio (barreras al interior), identificando en este caso, un porcentaje mayor en barreras para el régimen contributivo que para el subsidiado (55,4% y 41,1% respectivamente) (tabla 18).

Por otra parte, en el modelo de demanda se analizó el factor de predisposición de la población para acceder al servicio de salud incluyéndose allí elementos que pudieran impedir a los ciudadanos buscar siquiera un acercamiento inicial con la prestación del servicio, ya fuere tanto por motivos socioculturales, y demográficos, como por experiencias anteriores con el sistema de salud que les generaron insatisfacción y predisposición al grado de tal de decidir abstenerse de la prestación del servicio. Se encontró así que el factor de dotación (dinero) para la población del régimen subsidiado marca una diferencia considerable en la experimentación de barreras de acceso al sistema de salud (9,6%) cuando es comparada con el régimen contributivo (2,7%) (tabla 18).

Así mismo, se incluye el factor económico como un elemento determinante de análisis bajo la consideración de que la población del régimen contributivo se encuentra en obligación de

cancelar cuotas moderadoras para el acceso a la atención. De igual forma, dicha variable fue analizada en la población del régimen subsidiado, pues si bien por disposición del Decreto 1652 de 2022 y sus precedentes esta población se encuentra exenta de cancelar los rubros enunciados, sí debe contar en la práctica con capacidad económica suficiente para solventar posibles gastos relativos a movilización, alimentación y en algunos casos, estadía para acudir a las citas médicas de atención (6,32,34–36,38)

En relación con ello, en el análisis de la categoría de demanda se evidenció que al igual que con la de oferta, la mayor proporción de población que experimentó barreras de acceso al sistema y servicio de salud fue la perteneciente al régimen subsidiado; evidenciándose así el indicio de una posible problemática en las políticas de salud pública del país (tabla 18).

Sin embargo, en aras de realizar un estudio amplio de los antecedentes en la materia, la investigación procuró, de forma simultánea, llevar a cabo un análisis de las barreras de acceso que se identificaron en las referencias bibliográficas para posteriormente condensar dicha información y obtener un objeto de conclusión íntegro.

Así, el análisis bibliográfico da cuenta de que existen barreras administrativas en el acceso a la prestación del servicio de salud, fundadas en motivos como la falta de autorización oportuna de servicios médicos o asistenciales, la carencia en el suministro de fármacos e implementos de aseo, la dificultad para la realización de exámenes especializados, la negación de atención domiciliaria en los centros de salud (29), y la dificultad para el servicio de traslados en ambulancia, entre otros, evidenciándose así que en las barreras precitadas convergen tanto en la categoría de oferta como la de demanda, el primero por cuanto ejemplifica varios tipos de barreras de acceso inicial a la prestación del servicio a los que se enfrentan los ciudadanos, y el segundo, denota en el factor de satisfacción, las consecuencias que generan las carencias administrativas del sistema de salud.

Respecto de lo expuesto, las entidades prestadoras de salud sustentan su actuar en la premisa de que los implementos o acciones enunciadas no se encuentran incluidas dentro del plan obligatorio de salud (6,26,32,34,35,38), evidenciando así una de las barreras presentes en el acceso al sistema de salud colombiano.

Por otra parte, se advierten barreras relacionadas con el personal médico y administrativo de

las entidades prestadoras de salud, cuyo actuar se percibe a menudo como insuficiente para la atención especializada (6,26,27,29,32,34,35,37), asociado a lo cual, los ciudadanos refieren que a menudo los tiempos de consulta en las citas médicas son excesivamente cortos para la necesidad requerida, mientras que la espera para el agendamiento de dicha cita excede el término de lo razonable, motivo por el cual, los pacientes se encuentran inconformes con la atención prestada (27,35,37).

Así mismo, se evidencia que existe una posible ausencia de convenios con centros de atención especializada en ciertas zonas del país y dificultad para el agendamiento de citas, además de desconocimiento de las aseguradoras frente a los conceptos de discapacidad (26,27,32,35,37,38); de lo expuesto se deduce que las dificultades administrativas en el sistema de salud generan sentimiento de inseguridad en las personas con condición de discapacidad, originando predisposición para el agendamiento de sus futuras necesidades médicas (27,32,35,37).

Adicionalmente, se advirtió que existe falta de conocimiento en los pacientes y familiares respecto de sus propios derechos y de la forma en que debe realizar los trámites necesarios para el agendamiento de citas y la presentación de determinados documentos, lo cual deviene en una ineficiente prestación del servicio de salud a los ciudadanos (6,26,27,32–36,38).

Se evidencia de igual forma que existe una serie adicional de factores externos que generan afectación en la prestación del servicio de salud, tales como la pérdida y desorganización de documentación clínica, y que implican retrasos en los procesos de seguimiento de los casos por parte de las entidades (38).

La categoría de demanda se evidencia configurada en el planteamiento de los autores estudiados al describir que las entidades prestadoras de salud presentan insuficiencias considerables en su comunicación, así como alta dependencia a los sistemas computarizados en procesos administrativos de los cuales no se tiene respaldo, y por ende son fácilmente vulnerados. En relación con ello los usuarios refieren encontrarse inconformes con el servicio debido a que a menudo al acudir al sistema de salud para solicitar un servicio se encuentran con la barrera de que el personal administrativo manifiesta no contar con sistema para realizarlo (38).

De la misma manera se evidencian barreras de accesibilidad a los sistemas de información y apoyo tecnológico para procesos de rehabilitación y atención enfocado a la población con discapacidad sensorial (visión, audición y habla), pues estos son servicios que se encuentran en baja proporción (demanda) y que a menudo no son publicitados a la población que requiere de ellos (25,29,37).

En un estudio, las madres de niños con discapacidad refirieron experimentar sensación de peligro cuando por necesidad para acudir a citas médicas deben viajar o trasladarse de un lugar a otro, además, manifiestan dificultades para presentarse puntualmente a las citas médicas, perdiendo en ocasiones varias de ellas por dicho motivo (32).

Se evidencia además que las barreras físicas son determinantes no sólo en acceso a los servicios de salud sino a la participación social de las personas con discapacidad, quienes encuentran barreras arquitectónicas en el acceso a las infraestructuras de las entidades prestadoras de salud, así como en las carreteras, vías y andenes de los sitios por los cuales la población debe transitar para acudir a los servicios médicos (33), siendo estos, configurantes de la categoría tanto de oferta como de demanda, por cuanto los ciudadanos al encontrar barreras de acceso al servicio, se abstienen de buscar el mismo en otras ocasiones.

Tabla 18. Barreras de acceso: Oferta y demanda.

<i>Barreras al acceso</i>	<i>Razones asociadas</i>	<i>Contributivo</i>	<i>%</i>	<i>Subsidiado</i>	<i>%</i>
Población		23175		38268	
*Personas con necesidad de atención		1987	8,6	3724	9,7
**Personas que no acceden al servicio		558	28,1	1295	34,8
Barreras de oferta (de quienes no acceden)		56	10,0	224	17,3
A la entrada (Variables relacionadas con el contacto inicial)	El centro de atención queda lejos/ Dificultad para viajar	25	44,6	132	58,9
Al interior (Dificultades para obtener el servicio una vez se llega al lugar de atención)	Muchos trámites para la cita/ No le cubrían o no le autorizaron la atención	31	55,4	92	41,1
Barreras demanda (de quienes no acceden)		486	24,5	1071	28,8

Predisposición (características sociales, culturas y demográficas)	No confía en los médicos/No tuvo tiempo	36	7,4	93	8,7
Dotación (con lo que cuentan los individuos para demandar servicio: dinero, seguros)	Falta de dinero	13	2,7	103	9,6
Necesidad (episodios de salud/enfermedad que a percepción necesite atención médica)	El caso era leve	345	71,0	614	57,3
Satisfacción (Percepción de las características y prácticas de los proveedores y satisfacción con el sistema)	Le hacen esperar mucho para atenderlo/ Consultó antes y no le resolvieron el problema/ Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	92	18,9	261	24,4

*Personas que en los últimos 30 días anteriores a la encuesta tuvieron algún problema de salud (no implicó hospitalización)

** Personas que habiendo respondido afirmativamente lo anterior, no fueron al sistema de salud o a un servicio con un profesional de la salud independiente o particular

*Nota * Cuadro elaboración propia. Fuente: ENCV 2019. DANE.*

Discusión y Conclusiones

Tanto el análisis de las categorías de oferta y demanda planteadas en base a los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE (2019), como el balance de los referentes bibliográficos y la comparación de los mismos con el planteamiento de la presente investigación, demuestran que en Colombia existe una preponderante percepción de presencia de barreras en el acceso de salud a la población con personas en condición de discapacidad que pertenecen al régimen subsidiado. Así mismo, se evidencia que la población en condición de discapacidad de ambos regímenes ha experimentado varias de las categorías de barrera analizadas.

De igual manera, se denota que de conformidad con la ENCV las barreras que más se presentan en la categoría de oferta son las relativas a la lejanía de los centros médicos de atención, lo cual afecta a la población en general pero especialmente a las personas con condición de discapacidad por la complejidad de la movilidad en la mayoría de ciudades del país, mientras que en la categoría de demanda las carencias económicas de la población y la percepción de ineficiencia de la atención médica, así como la falta de necesidad de esta son los factores de barrera de acceso al servicio médico más comunes en la población.

En el análisis de la ENCV se identifica que la necesidad de atención entre las personas que

no están aseguradas disminuye en porcentaje con respecto a las que sí se encuentran aseguradas (régimen subsidiado y contributivo), lo que podría estar relacionado con que estas últimas gocen con mejor estado de salud e identifiquen menos barreras de acceso frente al sistema de salud (11).

Adicionalmente, se denota que la mayor cantidad de barreras de acceso son atribuibles al sistema de salud en sí mismo (acceso real) más que a los usuarios (acceso potencial), lo que sumado a las evidenciadas desigualdades en la calidad de los servicios (11) incrementa la problemática de salud pública existente.

La investigación también reveló que la tramitología excesiva es otra de las razones principales por las que la población en condición de discapacidad encuentra barreras en el acceso a los servicios de salud, lo que, sumado al factor geográfico de la lejanía de los centros de atención médica, configura la categoría de la demanda y las implicaciones que esta representa (39).

Para discutir la integralidad de los modelos de promoción, prevención e intervención es importante que la comunidad científica y profesional en el campo de la salud tenga en cuenta las tendencias en el abordaje a los fenómenos de discapacidad superando los modelos médicos tradicionales.

La discapacidad es un fenómeno complejo y es el resultado de la interacción entre las características del cuerpo humano con las características de la sociedad en la que vive, se desarrolla y se desenvuelve (40). La atención en salud a poblaciones con discapacidad debería considerar los requerimientos especiales de cada subgrupo poblacional, de acuerdo con sus necesidades particulares, tal y como lo establece el ordenamiento jurídico colombiano, sin embargo, tal y como se denota con el análisis de resultados de la ENCV precitada y con los elementos comunes en los que coinciden las investigaciones, la principales las problemáticas y barreras de acceso al sistema de salud para la atención a población en condición de discapacidad sensorial tienen que ver con su capacidad económica, la lejanía en los centros de atención, la infraestructura de los mismos, así como la comunicación y conocimiento de información entre el paciente y el personal de atención (41).

En el ámbito de mejoras en la atención para la población en condición de discapacidad sensorial, algunas investigaciones apuntan a realizar mejoras en los servicios de salud, así como en servicios especializados de cirugía y la incorporación de estos en el portafolio de atención primaria (42); de igual forma, otras investigaciones señalan la importancia de un acompañamiento adecuado por parte de profesionales que faciliten cambios y procesos de adaptación de las personas en condición de discapacidad (43). Esto constituye un factor de reflexión importante por cuanto se denota la necesidad de que las entidades prestadoras de salud cuenten con servicios y personal de salud especializado en la atención de población con discapacidad.

En cuanto al aspecto procedimental de las entidades de salud se evidencia la necesidad de modificar y mejorar de forma paulatina el registro de la información clínica de los pacientes con características biológicas, sociales y psicológicas diferenciales, así como de llevar a cabo actividades tendientes a que la discapacidad se comprenda desde el impacto que produce y los ámbitos en que pueden eliminarse las barreras de acceso a la población que la presenta (44).

Lo expuesto, pues es necesario prever escenarios de crisis económica o social que podrían agravar la atención en salud a la población en condición de discapacidad, lo que sumado a las evidenciadas desigualdades económicas que experimentan, podrían generar una afectación en sus derechos e implicar una dificultad de salud pública a largo plazo (45).

Así mismo, las redes de apoyo resultan fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas (46); en concordancia con ello, resulta importante fortalecer las estrategias educativas para mejorar los estilos de vida promotores de salud en la población, que vinculen a la familia, especialmente teniendo en cuenta la influencia que esta tiene para el desarrollo de la persona (47).

Igualmente un elemento importante para la atención integral de la salud de las personas discapacitadas tiene que ver con su calidad de vida y la presencia de comorbilidades (48), por dicho motivo es necesario realizar una mirada amplia de las necesidades más frecuentes en cada grupo poblacional con discapacidad sensorial, pues la resolución de las barreras de acceso a los servicios de salud requieren un trabajo interdisciplinario y multifactorial que aborde las problemáticas analizadas en la presente investigación.

Entre dichos elementos multifactoriales debe analizarse el trato médico que se otorga a la población con condición de discapacidad, así como la convergencia psicológica y clínica que debe aplicarse en la consecución de tratamientos para estos ciudadanos que deben gozar de autonomía y poder de decisión (48).

Esto puede implicar la implementación de un modelo social que disminuya la dependencia de las personas con discapacidad a sus familias o a implementos biomédicos que suelen oscilar en costos elevados y que son actualmente inaccesibles para la mayor parte de la población, especialmente para la perteneciente al régimen subsidiado.

Para generar inclusión se debe procurar aceptación, apoyo y no discriminación (49), empezando desde las familias, las redes de apoyo, las instituciones educativas, las entidades prestadoras de servicios de salud y la comunidad en general.

Para lograr estas recomendaciones se requiere la estructuración de políticas públicas y programas que fomenten cambios relevantes en la estructuración del sistema de aseguramiento de seguridad social y salud, mejorando el acceso y la calidad con un enfoque que incluya las necesidades reales de la población con condición de discapacidad desde ámbitos interdisciplinarios.

Esto incluye considerar las condiciones de la población que demanda servicios de salud, así como la capacidad de flexibilización y personalización de los servicios ofertados por las instituciones a cargo. Para la implementación de planes y programas que mejoren las condiciones de acceso a los servicios de salud se debe incluir el desarrollo de habilidades del personal a cargo de la prestación de servicios, así como las condiciones estructurales que permitan garantizar un acceso oportuno con criterios de oportunidad y eficiencia.

Bibliografía

1. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo [Internet]. [cited 2020 Jul 27]. Available from: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Versión Abreviada [Internet]. [cited 2020 Jul 27]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=9287AF7C6B0EA9CB0535B6AD6B37E310?sequence=1
3. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
4. Gómez-Perea CA, Pasos-Revelo LM, González-Rojas T, Arrivillaga Marcela. Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia). Rev Salud Uninorte [Internet]. 2018 Aug [cited 2020 Aug 4];34(2):276–83. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522018000200276&script=sci_abstract&tlng=es
5. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 100 DE 1993 [Internet]. 3BC [cited 2020 Aug 3]. Available from: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0100_1993.htm
6. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social. Sala situacional de las Personas con Discapacidad [Internet]. 2020 Mar [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-dic2019-v2.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social. Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD) [Internet]. Bogotá; 18AD Jun [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala->

situacional-discapacidad-junio-2018.pdf

8. Velez Madrid NP, Gonzalez Aguirres, Carlos Darío Velazquez Ramírez AP. Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015. Rev CES Derecho [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 Aug 3];7(2):72–83. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192016000200006
9. Rodríguez Acosta S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona ; 2010 [cited 2020 Oct 31]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Rodriguez_A/publication/266447314_Barreras_y_Determinantes_del_Acceso_a_los_Servicios_de_Salud_en_Colombia/links/5500b9de0cf2d61f8210922a.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades [Internet]. [cited 2020 Jul 27]. Available from: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
11. Castejón JL, Navas L. Unas bases psicológicas de la educación especial [Internet]. Editorial Club Universitario, editor. 2003 [cited 2020 Aug 3]. Available from: https://books.google.com.co/books?id=yw4QDgAAQBAJ&pg=PA7&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
12. Gorospe JM GMVJMJ. Valoración de la deficiencia y la discapacidad en los trastornos del lenguaje, el habla y la voz. IMSERSO [Internet]. 1997 Jan [cited 2020 Aug 3]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/247355142_Valoracion_de_la_deficiencia_y_la_discapacidad_en_los_trastornos_del_lenguaje_el_habla_y_la_voz
13. Ministerio de Salud de Colombia. ABECÉ SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA “Somos todo oídos” [Internet]. [cited 2020 Jul 27]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abeced-salud-auditiva-2017.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de Salud. Acerca de los sistemas de salud. [cited 2020 Aug 3]; Available from:

<https://www.who.int/healthsystems/about/es/>

15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. ¿Por qué son importantes los sistemas de salud? [Internet]. 2000 [cited 2020 Jul 23]. p. 1–21. Available from: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_es.pdf?ua=1
16. Losada Otarola M, Rodríguez Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuad Adm [Internet]. 2007 Dec [cited 2020 Aug 3];20(34):237–58. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-35922007000200011&script=sci_abstract&tlng=es
17. Sánchez Torres D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 24];55(1):82–9. Available from: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1135/1754
18. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad . Salud Publica Mex [Internet]. 2014 Nov [cited 2020 Jul 26];27(5):438–53. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
19. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes e Inequidades en Salud [Internet]. Salud en las américas. 2012 [cited 2020 Nov 30]. p. 12–59. Available from: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE. Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2019 [Internet]. Bogotá; 2020 Jul [cited 2021 Jun 29]. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf
21. Grupo de Economía de la Salud (GES). Centro de Investigaciones y Consultorías (CIC). Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano, medición y perspectiva

de actores en Medellín [Internet]. Medellín; 2014 Jun [cited 2020 Sep 28]. Available from:

http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/3430/1/UniversidadAntioquia_2014_AccesoServiciosSalud.pdf

22. Organización Mundial de la Salud. OMS | 10 datos sobre la discapacidad [Internet]. [cited 2020 Aug 10]. Available from:
<https://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>
23. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica . Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 4];13(27). Available from:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11957>
24. Hurtado L, Arrivillaga M. Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 4];44(1):93–102. Available from:
<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/839/1084>
25. Lizarazo Montañez N, Ordóñez Toloza DM, Quiroga Gómez AM, Sampayo Montero JP. La percepción de los pacientes y acompañantes sobre acceso y atención a personas con discapacidad física y cognitiva en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás [Internet]. instname:Universidad Santo Tomás. Universidad Santo Tomás; 2019 [cited 2020 Aug 4]. Available from:
<https://repository.usta.edu.co/handle/11634/17524>
26. Duque Galeano GG, Calvo Trejos LD. Evaluación de la situación de accesibilidad en la atención en salud de las personas con discapacidad auditiva en cinco Clínicas del Municipio de Pereira, durante el primer semestre de 2014. [Internet]. Pereira: Universidad Católica de Pereira; 2014 Oct [cited 2020 Aug 4]. Available from:
<http://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/2384>
27. Avilez Guluma LR, Castro Torres AT. Percepción del acceso, cobertura en salud y educación en población con síndrome de Down: visión desde la familia [Internet]. [Villavicencio]: Universidad de Los Llanos; 2018 [cited 2020 Aug 4]. Available from: https://repositorio.unillanos.edu.co/bitstream/001/974/1/RUNILLANOS_ENF0847_PERCEPCION_DEL_ACCESO%2C_COBERTURA_EN_SALUD_Y

EDUCACION EN VILLAVICENCIO PARA LA POBLACION CON SINDROME DE DOWN%2C VISION DESDE LA FAMILIA.pdf

28. Pereira Ortiz LE. Barreras reportadas en el uso de servicios de rehabilitación en Yumbo - 2004, 2006, 2007. Cienc y Salud [Internet]. 13AD [cited 2020 Aug 4];1(4):49–54. Available from:
[https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/827/1/6 Barreras reportadas en el uso de servicios de_rehabilitación en Yumbo - 2004%2C 2006 y 2007.pdf](https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/827/1/6%20Barreras%20reportadas%20en%20el%20uso%20de%20servicios%20de%20rehabilitaci%C3%B3n%20en%20Yumbo%20-%202004%2C%202006%20y%202007.pdf)
29. Cruz Velandia I, Hernández Jaramillo J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2008 [cited 2020 Aug 4];6(3):23–35. Available from:
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/490>
30. Castelblanco Niño ML, Cerquera Guerrero L, Vélez Álvarez C, Vidarte Claros JA. Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. Divers - Perspect en Psicol [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 4];10(1):87–102. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n1/v10n1a07.pdf>
31. Burbano-López C, Ramírez JD, Vinasco YS. Calidad de la atención en salud de las personas con trauma raquímedular según criterios normativos de Colombia. Rev Salud Publica [Internet]. 2018 Oct [cited 2020 Aug 4];20(5):655–60. Available from: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n5.62982>
32. Suárez-Obando F, Ordóñez A, Macheta M. Percepción de las madres con hijos afectados por malformaciones congénitas mayores: necesidad de desarrollo de un sistema de atención apropiado. Estudio cualitativo de grupos focales. Colomb Med [Internet]. 2009 [cited 2020 Aug 4];40(1):85–94. Available from:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28340111>
33. Molina Achury NJ, Mogollón-Pérez AS, Balanta-Cobo P, Moreno-Angarita M, Hernández-Jaramillo BJ, Rojas-Castillo CP. Lógicas dominantes en la formulación de políticas y organización de servicios que inciden en el acceso a la rehabilitación integral. Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2016 Jun 30 [cited 2020 Aug 4];15(30):94–106. Available from:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17153>

34. Hernández Padilla ML, Oviedo Cáceres M del P, Ruiz Rodríguez M. Organización y gestión de la red de atención para la baja visión en Colombia. *Investig Andin* [Internet]. 2014 Jul [cited 2020 Aug 4];16(29):1100-1117. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462014000200009&lng=en.
35. Pinzón PV, Castillo EM, Vargas DE. Problemas de Accesibilidad Derivados de las Presencia de Barreras Arquitectónicas. *Rev la Fac Ciencias la Salud la Univ del Cauca* [Internet]. 2005 Oct 1 [cited 2020 Aug 4];7(4):22–6. Available from: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/941>
36. Imbachi L, Ibañez L, Hurtado-Villa P. Estado de salud y barreras en la atención de niños con defectos congénitos nacidos entre el 2011 y el 2017 en dos instituciones de salud de Cali. *Biomédica* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2020 Aug 4];40(1):34–42. Available from: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4906>
37. Lopera Escobar A, Bastidas Acevedo M. Experiencias en la atención médica de madres de niños y niñas con síndrome de Down. Estudio cualitativo con técnicas etnográficas . *Acta Pediátrica México* [Internet]. 2018 Mar [cited 2020 Aug 4];39(2):109–20. Available from: <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1572>
38. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
39. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens Rev Univ Investig* [Internet]. 2008 Jun [cited 2020 Aug 3];9(1):93–107. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
40. Suarez Escudero J. Discapacidad y neurociencias: la magnitud del déficit neurológico y neuro psiquiátrico. *Acta Neurol Colomb* [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 10];30(4):290–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/313029412_Discapacidad_y_neurociencias_la_magnitud_del_deficit_neurologico_y_neuro_psiquiatico
41. Parra E, Henríquez F, Campos V, Cartes-Velásquez R, Parra E, Henríquez F, et al.

Adecuaciones para la atención de personas con discapacidad sensorial en los CESFAM del Servicio de Salud Concepción. *Rev Med Chil* [Internet]. 2022 Jul [cited 2023 Mar 10];150(7):919–23. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022000700919&lng=es&nrm=iso&tlng=es

42. Tenorio Eitel S, Ramirez burgos MJ. Experiencia de inclusión en educación superior de estudiantes en situación de discapacidad sensorial. 2016 [cited 2023 Mar 10];9–28. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/834/83445564001.pdf>
43. Alava Barreiro LM, Calero Zambrano DC. Trabajo social y discapacidad: intervención desde el departamento de calificación del Ministerio de Salud Pública. *Soc Rev Cient Ciencias Soc* ISSN-e 2706-6053, Vol 4, N° 2, 2020, págs 181-192 [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 10];4(2):181–92. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8063270&info=resumen&idioma=ENG>
44. Rojas Munera S, Ruiz Cosme S, Carvajal Fernández J, Álvarez MJ, Duque Restrepo D, Correa SA, et al. Caracterización de una población con discapacidad visual (baja visión y ceguera) atendida en dos Instituciones Prestadoras de Salud de Medellín. *Med UPB* [Internet]. 2015 Jun [cited 2023 Mar 10];34(1):30–9. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159046025005.pdf>
45. Alcover C-M, Rodríguez F, Pastor Y, Fernández JJ, Chambel MJ, Alcover C-M, et al. Crisis económica, salud y bienestar en trabajadores con discapacidad. *Rev Psicol del Trab y las Organ* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2023 Mar 10];33(2):147–55. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622017000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. Núñez RG, Silva GB. Discapacidad y problemática familiar. *PAAKAT Rev Tecnol y Soc* [Internet]. 2015 [cited 2023 Mar 10];5(8). Available from: <http://www.udgvirtual.udg.mx/paakat/index.php/paakat/article/view/229/345>
47. Lucero DM, Cagua IV, Aguirre JA. Estilos de vida que afectan la salud de las personas con discapacidad intelectual, del centro de vida sensorial de atención a la persona con discapacidad, Fusagasugá 2020 [Internet]. Universidad de Cundinamarca; 2020 [cited 2023 Mar 10]. Available from:

<https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/handle/20.500.12558/3578>

48. Campos V, Cartes-Velásquez R, Campos V, Cartes-Velásquez R. Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. *Rev Med Chil* [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 10];147(5):634–42. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000500634&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Leria D F. PRÁCTICAS SOCIALES EN TORNO A LA INCLUSIÓN DE LA DISCAPACIDAD SENSORIAL EN ESCUELAS PÚBLICAS DE COPIAPÓ DE CHILE. *Páginas Educ* [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 10];9(1):120–45. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-74682016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es