

**SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN DISCAPACITADA EN NEIVA
AFILIADA A ASODISNEIVA EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD DURANTE EL AÑO 2005**

**MARIBEL CASTAÑO RODRIGUEZ
DIANA MILENA PARGA SOLANO
YANETH VIVEROS GUTIÉRREZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
POSTGRADO GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA - 2006**

**SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN DISCAPACITADA EN NEIVA
AFILIADA A ASODISNEIVA EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD DURANTE EL AÑO 2005**

**MARIBEL CASTAÑO RODRIGUEZ
DIANA MILENA PARGA SOLANO
YANETH VIVEROS GUTIÉRIZ**

**Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de Postgrado en
Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social**

**ASESORA:
ALBA DEL CARMEN VARGAS DE GONZÁLEZ
Magíster en Enfermería**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
POSTGRADO GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA - 2006**

AGRADECIMIENTOS,

Al Coordinador de postgrados Dr. Pedro Reyes,

A los Facultativos y Docentes de la Universidad Surcolombiana, en especial a los de la Facultad de Salud.

A las personas y comunidad que colaboró con esta investigación.

DEDICATORIA,

Maribel Castaño A:

Diana Milena Parga A:

Yaneth Viveros G. A:

Nota de aceptación

Los abajo firmantes, Presidente y Miembros del Comité de Trabajos de postgrado, aprueban el proyecto: **“SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN DISCAPACITADA EN NEIVA AFILIADA A ASODISNEIVA EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DURANTE EL AÑO 2005”**. Presentado por MARIBEL CASTAÑO RODRIGUEZ, DIANA MILENA PARGA SOLANO y YANETH VIVEROS GUTIÉRREZ.

Dr. Pedro Reyes
Presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Enero de 2006.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	14
1. TÍTULO	16
2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
3. JUSTIFICACIÓN.....	19
4. ANTECEDENTES.....	24
4.1 BREVE HISTORIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	24
4.2 DISCAPACIDAD EN LA ACTUALIDAD.....	28
5. OBJETIVOS.....	34
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	34
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
6. MARCO REFERENCIAL.....	35
6.1 MARCO TEÓRICO.....	35
6.1.1 Sistema General de Seguridad Social Integral.....	35
6.1.2 Seguridad social y discapacidad.....	37
6.1.3 Modelos conceptuales de discapacidad.....	38
6.1.4 Discapacidad en Colombia – Censo de 1993.....	41
6.1.5 Discapacidad en el Departamento del Huila.....	47
6.1.6 Discapacidad en el Municipio de Neiva.....	49
6.1.7 Estadísticas y cifras internacionales.....	53
6.1.8 Censo de 2005.....	56
6.2 MARCO LEGAL.....	59
6.2.1 Plan Nacional de Intervención en Discapacidad 205 – 2007.....	59
6.2.2 Documento Conpes Social de 2004.....	62
6.2.3 Ley 715 de 2001.....	65
6.2.4 Ley 361 de 1997.....	67

6.2.5	Ley 100 de 1993.....	69
6.2.6	Constitución política de 1991.....	73
6.2.7	Otras Leyes y Decretos.....	74
6.3	MARCO CONCEPTUAL.....	77
6.3.1	Discapacidad.....	77
6.3.2	Minusvalía.....	79
6.3.3	Vida independiente.....	80
6.3.4	Tipos de discapacidad.....	81
6.3.5	Grados de la discapacidad.....	85
6.3.6	Prevención y rehabilitación.....	85
6.3.7	Asodisneiva.....	86
6.3.8	Otros conceptos.....	87
7.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	89
8.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	100
8.1	RESULTADOS DE ENTREVISTA A PERSONAL DEL SGSSI.....	100
8.2	RESULTADO DE ENCUESTA A ENTIDADES.....	103
9.	CONCLUSIONES.....	117
10.	RECOMENDACIONES.....	121
	BIBLIOGRAFÍA.....	124
	ANEXOS.....	126

RESUMEN

La Seguridad Social en Colombia reglamentada en la Ley 100 de 1993, es un servicio público integral y obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y debe ser prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en dicha ley.

La presente investigación que tiene por título: “Situación de la población discapacitada en Neiva afiliada a Asodisneiva en relación con la Seguridad Social en Salud durante el año 2005”, busca dedicar sus esfuerzos a investigar y dar a conocer: “¿Cuál es la situación en el año 2005 de la discapacidad en la ciudad de Neiva desde la Seguridad Social en Salud en las instituciones afiliadas a Asodisneiva?”

La OMS, OPS y algunas ong's, establecen que en promedio en las ciudades como Neiva y poblaciones de Colombia y debido a factores como la violencia interna, la falta de seguridad social, el desplazamiento forzado, las minas antipersona y hasta los desastres naturales, el porcentaje de personas con discapacidad asciende al 15% y tal vez más. Se puede tener 6.6 millones de personas con discapacidad en Colombia, teniendo en cuenta que ya este país es habitado por más de 44 millones de personas, cifra que está lejos de la propuesta en el último censo nacional (de 1993) pues las personas con discapacidad para la fecha no superaron el 4.5% de la población total.

La condición de discapacidad, así como el gran riesgo de padecerla, constituyen situaciones que en alguna medida menoscaban las capacidades y potencialidades de los individuos directamente afectados, y de las familias donde alguno de sus miembros sufre discapacidad, siendo mayor su efecto cuanto más vulnerables sean respecto a su capacidad para prevenirlas, mitigarlas o superarlas, lo que adquiere mayor dimensión si se enfrentan con barreras sociales y culturales que impiden su adecuada integración en la sociedad.

El objetivo general es determinar la situación presentada en el 2005 de la discapacidad en la ciudad de Neiva desde la Seguridad Social en Salud y las instituciones que trabajan con esta población. Se plantea: conocer las políticas y la normatividad contenida en el SGSSI relacionadas con la discapacidad e identificar las causas por las que se registran oficialmente bajas cifras sobre la población con discapacidad.

El estudio tiene un enfoque cualitativo, la perspectiva o tipo de estudio es exploratorio-descriptivo, para recolectar la información, se utilizaron instrumentos tales como: la encuesta, las entrevistas grabadas en casetes, diarios de campo y observación directa.

Se concluye que, aunque los actores sociales reconocen que existe en el SGSSI políticas para atender el cubrimiento y necesidades de esta población, estas políticas no son suficientes porque se siguen presentando muchas deficiencias y reclamos en la población afectada; la discapacidad en la ciudad de Neiva, no se encuentra en un estado de desarrollo óptimo; las entidades que trabajan en beneficio de esta población, prefieren prestar sus servicios enfocados a la atención a sólo uno de los tres tipos de discapacidad; estas entidades, prestan sus servicios a personas que se encuentran afiliadas a cualquiera de los regímenes de salud; la prevención es uno de los temas más importantes cuando se habla de la discapacidad, sin embargo, ésta no se ha tratado de manera continua y/o como un programa que debe manejar el Estado con mayor interés.

SUMMARY

The Social security in Colombia regulated in the Law 100 of 1993, is an integral and obligatory public service whose address, coordination and control is in charge of the State and it should be lent by the public entities or deprived under the terms and conditions settled down in this law.

The present investigation that has for title: "The population's disabilities situation in Neiva affiliated to Asodisneiva in connection with the Social security in Health during the year 2005", he/she looks for to dedicate their efforts to investigate and to give to know: "Which is the situation in the year 2005 of the disability in the city of Neiva from the Social security in Health in the affiliated institutions to Asodisneiva?"

The OMS, OPS and some ong's, they settle down that on the average in the cities like Neiva and populations from Colombia and due to factors like the internal violence, the social security lack, the forced displacement, the mines anti-person and until the natural disasters, the percentage of people with disability ascends to 15% and perhaps more. One can have 6.6 million people with disability in Colombia, keeping in mind that this country is already inhabited for more than 44 million people, it calculates that it is far from the proposal in the last national census (of 1993) because people with disability for the date didn't overcome the total population's 4.5%.

The disability condition, as well as the great risk of suffering it, they constitute situations that impair the capacities and the directly affected individuals' potentialities in some measure, and of the families where some of their members suffers disability, being bigger their effect the more vulnerable they are regarding their capacity to prevent them, to mitigate them or to overcome them, what acquires bigger dimension if they face with social and cultural barriers that impede their appropriate integration in the society.

The general objective is to determine the situation presented in the 2005 of the disability in the city of Neiva from the Social security in Health and the institutions that you/they work with this population. He/she thinks about: to know the politicians and the law contained in the SGSSI related with the disability and to identify the causes for those that register officially low figures on the population with disability.

The study has a qualitative focus, the perspective or study type is exploratory-descriptive, to gather the information, such instruments were used as: the survey, the interviews recorded in cassette deck, field newspapers and direct observation.

You concludes that, although the social actors recognize that it exists in the political SGSSI to assist the covering and this population's necessities, these politicians are not enough because they are continued presenting many deficiencies and birdcalls in the affected population; the disability in the city of Neiva, is not in a state of good development; the entities that work in this population's benefit, prefer to lend their services focused to the attention to only one of the three disability types; these entities, lend their services to people that are affiliated to anyone of the regimens of health; the prevention is one of the most important topics when one speaks of the disability, however, this has not been continuous way and/or as a program that it should manage the State with more interest.

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1: Población nacional con discapacidad 1993.....	43
Cuadro 2: Organización institucional para la política de discapacidad en colombia.....	45
Cuadro 3: Afiliados al régimen subsidiado de salud por género, con limitaciones y por edades en 2001.	46
Cuadro 4: Afiliados al régimen subsidiado de salud por tipo de limitación en 2001.....	46
Cuadro 5: Población censada en huila con discapacidad 1993.....	47
Cuadro 6: Población con discapacidad en neiva según dane 2005.....	49
Cuadro 7: Porcentaje de personas con discapacidad por país.....	54
Cuadro 8: Ventajas y desventajas sobre discapacidad en los censos de población	57
Cuadro 9: Instituciones afiliadas a Asodisneiva, grupo etareo y tipo de discapacidad.....	92
Cuadro 10: Causas de discapacidad de las instituciones afiliadas a Asodisneiva, programas y tipo de régimen en salud.....	93

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1: Tipos de discapacidad que trabajan.....	101
Gráfica 2: Servicios prestados.....	102
Gráfica 3: Situación de la atención a la discapacidad en Neiva.....	103
Gráfica 4: Porcentaje de discapacidad en Neiva y otras regiones.....	103
Gráfica 5: Seguridad social de los afiliados.....	104
Gráfica 6: Tipo de seguridad social de los afiliados.....	105
Gráfica 7: Beneficios de la seguridad social a la discapacidad y/o la entidad.....	106
Gráfica 8: Seguridad social ofrecida a discapacitados en Neiva.....	106
Gráfica 9: Cobertura del SGSS para las personas con discapacidad.....	107
Gráfica 10: Fallas que presenta el sistema de seguridad social.....	108
Gráfica 11: Cambios que debe tener el sistema de seguridad social.....	109
Gráfica 12: Concepto sobre prevención de la discapacidad.....	110
Gráfica 13: Campañas de prevención de la discapacidad hechas por entidades.....	111
Gráfica 14: Campañas de prevención de la discapacidad adelantadas por el SGSS.....	112
Gráfica 15: Actividades para la prevención de la discapacidad.....	112
Gráfica 16: Falta de campañas de prevención de la disc, en Neiva	113
Gráfica 17: Elementos que harían parte de una campaña de prevención de la discapacidad en la entidad.....	114

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Modelo de entrevista utilizada.....	127
Anexo B: Artículo “Avances de la discapacidad en Antioquia”.....	130

GLOSARIO

Seguridad Social: programas públicos diseñados para proporcionar ingresos y servicios a particulares en supuestos de jubilación, enfermedad, incapacidad, muerte o desempleo. Estos programas, que engloban temas como la salud pública, el subsidio de desempleo, los planes públicos de pensiones o jubilaciones, la ayuda por hijos y otras medidas.

Sistema General de Seguridad Social Integral: (SGSSI) ordena y controla las instituciones y los recursos necesarios para garantizar: las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema, la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente ley y la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

Discapacidad: se entiende como un estado de funcionamiento que describe el ajuste entre las capacidades del individuo, la estructura y expectativas de su entorno personal y social. Se observa cómo, en la medida en que el entorno ofrezca más complejidad, es mayor la demanda de capacidades que debe poseer la persona y viceversa, pero realmente el problema no es si el entorno es complejo o simple.

Grados de la discapacidad: Leve, cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfiere en su productividad; Moderada, cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad; Grave, cuando la reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo.

Minusvalía: definida por la OMS, como toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

INTRODUCCIÓN

La discapacidad hasta hace unas décadas, era considerada como un fenómeno o problema social al que se debían enfrentar y dar soluciones los dirigentes políticos y líderes de cada una de las naciones. Tal vez por esto, el tema de la discapacidad y de las personas que convivían en esta situación eran vistos en un nivel o escala similar al que se encontraban los delincuentes, drogadictos, desempleados, indigentes y grupos al margen de la ley, porque se tenía la errónea concepción que sólo generaban gastos y debilitaban por lo tanto, las arcas de aquellas naciones y de paso, los sistemas de seguridad social.

En los últimos años, esta concepción ha comenzado a dar un leve giro a favor o beneficio de las personas que conviven con alguna discapacidad, en la medida en que esta situación se comienza a ver más como una particularidad o característica especial de un alto porcentaje de la población, que como un obstáculo social que impide el desarrollo.

Gracias a este cambio de actitud, se comienzan a ver los esfuerzos y espacios dedicados a mejorar la calidad, sentido y estilo de vida de las personas con discapacidad y se comienza a difundir la realidad de la situación que al respecto viven las personas con y sin discapacidad. Los esfuerzos dedicados a mejorar esta situación, empiezan a ser vistos como una inversión social que fácilmente como se ha demostrado en algunos países en vías de desarrollado como el nuestro, genera a mediano y largo plazo un verdadero avance en el desarrollo social y mejoramiento en los estándares de vida, no sólo de las personas que conviven en esta situación, sino también, en la población no discapacitada porque se convierte en un verdadero ejemplo de superación, se generan empleos directos e indirectos, se mejora la convivencia social, se reducen los índices de intolerancia y discriminación, entre otros aspectos.

A pesar de todas las leyes dictadas y creadas al respecto, las personas con discapacidad no han adquirido unos derechos y espacios verdaderamente acordes a su situación. Se piensa incluso que los derechos civiles de esta comunidad se ampliaron, tan solo hasta la sanción de la Ley de Norteamericanos Minusválidos (ADA) en 1990, la cual fue imitada y adaptada por varios países suramericanos en los años siguientes, como fue el caso de Colombia con la Ley 361 de 1997.

La ley ADA fue modelada siguiendo la Ley de los Derechos Civiles de 1964, esta ley histórica del gobierno de Estados Unidos contra la discriminación asegura a las personas con discapacidad igual acceso a las oportunidades de empleo y a las instalaciones públicas. La ADA, como modelo de cobertura y aplicación internacional garantiza que ninguna persona discapacitada pueda ser excluida, segregada o de otra manera tratada diferentemente que las personas con capacidad plena. Con esta ley, el Congreso de Colombia y otras naciones identificó como una meta nacional la plena participación, inclusión e integración de los mal llamados “inválidos” o “minusválidos” (por que la verdadera denominación sería la de personas con discapacidad) en la sociedad.

Sin embargo, a pesar del mayor acceso a las oportunidades de empleo y a los servicios públicos, en donde la salud o seguridad social está en primer renglón, la discriminación persiste, con obstáculos por ejemplo hacia la plena participación en salud, vivienda, transporte, educación y acceso a las instalaciones públicas. Muchos de esos obstáculos son resultado de ignorancia o de falta de conciencia pública.

Los cambios legislativos aunque tardíos en Suramérica, representaron la primera fase de la búsqueda de los derechos de las personas con discapacidad. La segunda es lo que el experto en discapacidad, doctor Paul Longmore, llama "una búsqueda de identidad colectiva", una exploración de lo que significa sufrir una discapacidad en la sociedad de hoy¹.

La cultura de la discapacidad va dirigida a fomentar la conciencia en la minusvalidez² de una persona, mediante la creación de imágenes propias positivas y la construcción de una sociedad que no solamente acepta la diversidad sino que también la respeta, y por qué no la celebra. Requiere la recolección de historia y el establecimiento de estudios académicos sobre la discapacidad, y el apoyo a las expresiones artísticas de la experiencia de la minusvalidez por medio de muchas expresiones culturales como la poesía, artes, música y baile, así como también de espacios sociales y legales³.

¹ www.minusval2000_com-derechossocialesyciviles.htm

² Definida por la OMS, como toda situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). Es la pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás.

³ Ibid.

1. TÍTULO:

**SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN DISCAPACITADA EN NEIVA
AFILIADA A ASODISNEIVA EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD DURANTE EL AÑO 2005**

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los sistemas de seguridad social existen en muchos países, en especial en Europa occidental y América Latina. Estos sistemas sociales se coordinan a menudo con otros mecanismos de seguridad social como programas de pensiones y riesgos profesionales, así como también, de subsidio al desempleo y de compensaciones laborales.

La Seguridad Social Integral (en otros países denominado sistema sanitario o sistema de asistencia sanitaria), es un conjunto de instituciones, normas y procedimientos, del que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado de Colombia y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad⁴.

De lo anterior se desprende que la Seguridad Social en Colombia, es un servicio público integral y obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la ley 100 de 1993. Además, El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Se concluye que cualquier nacional está amparado por este conjunto de normas y debe beneficiarse de lo allí dispuesto. Sin embargo, pese a lo benévola, eficaz y completa que pueda parecer la ley 100 de 1993, para ningún sector o comunidad nacional es un secreto que por un lado se continúan presentando fallas o deficiencias en su aplicación y por otro, hay un aumento en la cobertura que se está presentando año tras año y el sistema se está desarrollando con mayor solidez.

En la ciudad de Neiva, también se ha venido presentando un aumento de la cobertura del sistema de seguridad social integral. Este crecimiento sin embargo, se ha enfrentado de igual manera a una problemática social, pues

⁴ LEY 100 DE 1993, (Diciembre 23), Preámbulo, Diario Oficial No. 41.148, de 23 de diciembre de 1993

desde hace dos décadas aproximadamente al Departamento del Huila y especialmente a la ciudad de Neiva, llegan gran cantidad de personas y familias desplazadas debido al conflicto armado y a la situación de violencia que se presentan ante todo en las zonas rurales, como lo afirma el señor Saúl Vanegas quien es representante de los desplazados en el Departamento del Huila y líder comunal del sector Rodrigo Bernal (de la comuna nueve o comuna norte) conocido en la ciudad por ser el sector de invasión donde arriba el 65% de las personas y familias desplazadas.

Como continúa manifestando el señor Saúl Vanegas, aunque en los últimos años se ha presentado una leve disminución en las cifras registradas de personas afectadas por el desplazamiento, a esta ciudad han llegado y llegan diariamente en promedio cinco grupos familiares completos de personas provenientes de departamentos como el Caquetá, Putumayo, Cauca y sur del Tolima, lo que significa un aproximado de 25 personas al día y más de 750 al mes. Esta ciudad, es lo que muchos han intentado calificar como una ciudad "puerto para los desplazados", similar a otros centros urbanos como Bogotá, Arauca o Barranquilla.

Esto produce algunas situaciones sociales que competen al sistema de seguridad social integral y a su desempeño. Ante todo se debe analizar que por el fenómeno del desplazamiento, la ciudad tiene un crecimiento demográfico un poco mayor al esperado, lo cual genera entre otras cosas que no se pueda cumplir con la cobertura del sistema inicialmente planeada, pues cada día habrá más personas que tienen derecho a este servicio.

De igual manera, las personas que se ven afectadas por este fenómeno dejan atrás gran parte de sus pertenencias y propiedades, razón por la cual no cuentan con los recursos suficientes para cubrir las necesidades que se les pueda presentar en relación con el cuidado de su salud, tratamiento de enfermedades, vacunas en los niños, controles prenatales y demás, lo que hace que resolver esta situación se convierta en una de sus prioridades, pues la gran mayoría de ellos pertenecen a los estratos uno y dos.

Por otro lado y como lo afirma el señor Saúl Vanegas, en promedio el 20% (una de cada cinco) de estas personas que llegan a la ciudad presentan algún tipo de discapacidad, pues en las zonas rurales no se conocen las formas de prevención de enfermedades y los actos de violencia son muy frecuentes. Esto

significa 150 personas más con discapacidad cada mes en la ciudad. Las madres no pueden dar a sus recién nacidos los controles y cuidados médicos que por lo general se encuentran en la ciudad con más facilidad que en el campo, produciendo de esta manera que más personas sin importar su edad, sexo o condición se deban enfrentar a una discapacidad con una precaria o casi nula atención en salud, rehabilitación o controles médicos posteriores.

En las ciudades, además de los actos de violencia por parte de uno u otro de los actores armados, se presentan accidentes laborales con consecuencias drásticas para sus pobladores. De estos accidentes, los más frecuentes son los ocasionados por la falta de elementos de protección, de seguridad industrial y no contar o aplicar los procedimientos de bioseguridad establecidos para cada labor. En la ciudad de Neiva, aunque últimamente se han establecido y aplicado normas para disminuir la accidentalidad en vehículos y aumentado las multas para los infractores de las normas de tránsito, parece ser esta la principal acción que se está desarrollando para prevenir que más personas tengan como consecuencia una discapacidad.

En este sentido, se presenta una situación clara, particular e interesante que puede ser investigada no sólo como requisito pedagógico de las autoras de este trabajo de postgrado, sino también, como futura herramienta de diagnóstico del propio Sistema de Seguridad Social Integral de la ciudad en dos aspectos fundamentales, pues puede brindar bases sólidas en lo que se refiere a la realidad que se presenta desde la cobertura y la calidad del servicio que se está prestando a las personas con discapacidad. Otro beneficio que puede brindar, es el de plasmar una realidad que está latente y que solicita un verdadero cambio o plan de acción. Está relacionado con la aplicación de unas verdaderas y novedosas estrategias que sensibilicen tanto a las entidades como a los usuarios del sistema, sobre la importancia, conocimiento y responsabilidad que en todos debe existir frente al tema de la prevención de la discapacidad.

La propuesta aquí diseñada busca dedicar sus esfuerzos a investigar y dar a conocer el siguiente aspecto: **“¿Cuál es la situación de la población discapacitada en Neiva afiliada a Asodisneiva en relación con la Seguridad Social en Salud durante el año 2005?”**

3. JUSTIFICACIÓN

Algunas cifras dadas por ong's nacionales e internacionales dedicadas al tema de la prevención y promoción de la discapacidad e incluso por la misma OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), están de acuerdo en calcular que a nivel mundial los países tienen una tasa promedio del 12% de su población con algún tipo de discapacidad (llámese cognitiva, física o sensorial), esto indica que la cifra total de personas en esta situación puede llegar a 720 millones, pues se sabe que el planeta ya es ocupado por más de 6000 millones de habitantes⁵.

Según el censo de 1990, la población residente en Estados Unidos era de 248 millones de habitantes. El mayor incremento de población en los últimos años ha ocurrido en los estados de California, Texas y Florida. En 2004, la población estimada de Estados Unidos se ubica alrededor de los 293 millones de habitantes⁶.

Se registran alrededor de 54 millones de personas discapacitadas en Estados Unidos, como la minoría individual más grande de este país, representan un bloque grande de la población, con casi el 18.4% de sus habitantes. No obstante, muchas personas con discapacidad dicen que todavía son una minoría que no ha sido reconocida. El movimiento de los derechos de las personas con discapacidad procura cambiar todo eso, y atraer la atención nacional a las necesidades, preocupaciones y derechos de la gente con discapacidades⁷.

En Estados Unidos se cuenta con uno de los sistemas y seguridad en salud más completos del mundo, con tecnología y tratamientos a la vanguardia, donde la cobertura llega al 94% de la población, gran parte de este porcentaje que no tiene este beneficio está representado por los inmigrantes que entran al país y no legalizan su situación por las normas y leyes existentes. Aunque esta situación se conoce en Estados Unidos, este país no es el que presenta mayor índice de población con discapacidad, pues esto se da es en naciones como

⁵ www.discapnet/actualidadencifras/47kij--htm

⁶ Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

⁷ www.discapnet/actualidadencifras/47kij--htm

Haití en el Caribe, Ruanda en África y Tailandia en Asia con más del 22% de la población con discapacidad, según datos oficiales de los mismos países⁸.

El caso contrario se presenta en naciones como Suiza y Austria, en donde gozan de los más sólidos y eficaces sistemas de protección social por parte de los gobiernos y por lo tanto, la seguridad social y mecanismos de prevención de la discapacidad son los más completos, se tiene una población promedio con discapacidad del 7% como lo manifiestan sus datos.

Estas mismas entidades (OMS, OPS y algunas ong's), establecen que en Colombia y debido principalmente a factores como la violencia interna, inseguridad social, desplazamiento forzado, minas antipersona y hasta por los desastres naturales, este porcentaje asciende al nada honroso 15% y tal vez más⁹.

De acuerdo a estos datos, la población total puede tener o arrojar un aproximado de 6.6 millones de personas con discapacidad para Colombia, teniendo en cuenta que ya este país es habitado por algo más de 44 millones de personas.

Ahora bien, según los datos del DANE, en el censo oficial de 1993 se registraban en el Departamento del Huila una población de 18.682 personas con discapacidad, algunos cálculos preventivos de esta misma entidad para finales del año 2004 ubican esta cifra en 21.500¹⁰, y para el Municipio de Neiva (que contaba con aproximadamente 250.000 habitantes en su casco urbano), la cifra no era superior a las 9.000 personas, entonces para finales del año pasado la cantidad puede ubicarse alrededor de las 12.000 personas con discapacidad y la población total del municipio ascender a las 330.000 personas.

Conociendo los datos aproximados sobre la población de personas con discapacidad de la ciudad y contrastándolos con los de las entidades internacionales, se refleja una realidad y situación particular. De acuerdo a las cifras dadas por el DANE, en la población municipal el porcentaje de personas

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ Censo 1993, Colombia, Huila, págs 14 y 15.

con discapacidad no supera en ningún caso el 4%, lo que refleja una diferencia de más del 10% para esta población.

Por otro lado y para enfocar la propuesta solo en la ciudad de Neiva, si las cifras dadas u obtenidas por el DANE fueran reales se tendría un verdadero reconocimiento y sería el mejor ejemplo a nivel mundial, por tan bajo nivel de población con discapacidad, pues como se denota en párrafos anteriores, ni en los países que más se encuentran a la vanguardia en lo relacionado con la prevención y avances para atender la discapacidad, se tienen cifras tan bajas.

Ninguna persona sin importar su edad, sexo o actividad, está exenta ya sea por accidentes laborales, domésticos, de tránsito, por hechos violentos o enfermedades, de quedar con una discapacidad temporal o por toda su vida, lo cual hace necesaria una capacitación para la presentación de un programa de prevención y un manejo más adecuado por parte de los sistemas de seguridad y proyección social del Departamento del Huila, su capital y de la Nación.

Esto hace por un lado y sea cual sea la realidad, que a nivel internacional y nacional, las personas con discapacidad dejen de ser una simple minoría o población vulnerable, para pasar a convertirse en una gran comunidad que puede dar su valioso ejemplo y aporte para mejorar la calidad de vida no solo de los que deben convivir en esta situación sino también de la población en general. Por ello, se han comenzado a abrir espacios, crear leyes y normas que conceden los beneficios sociales y laborales a los que tienen derecho, así como también, para cumplir con los deberes como ciudadanos de bien.

Por otro lado, estas mismas ong's y entidades de la salud establecen que del total de discapacidades presentadas en cualquier momento de la vida, el 70% se hubieran podido evitar con una oportuna información, controles y exámenes médicos y adecuados sistemas de salud ocupacional y en todos estos aspectos o situaciones, la Seguridad Social tiene compromisos y campos de acción¹¹.

Para finalizar este aparte de la propuesta y para reforzar el concepto anterior, se hace mención de la cifra textual que manejan la OMS y la OPS, acerca de lo importante y hasta benéfico económica y socialmente para las administraciones locales y de igual manera la Seguridad Social, el destinar una

¹¹ www.discapnet/actualidadencifras/47kij--htm

proporción mayor de los recursos a las campañas de prevención y promoción de la discapacidad, pues: "...por cada peso (unidad monetaria) que se destine a la prevención de la discapacidad, los Gobiernos y Alcaldías estarán ahorrando diez en atención hospitalaria, urgencias, medicamentos, cirugías, tratamientos de rehabilitación y aparatos ortopédicos en las nuevas personas con discapacidad..."¹².

Se presentan entonces de acuerdo con esta información obtenida, tres grandes razones que dan cuenta de la importancia de esta investigación. La primera de ellas está encaminada a determinar o conocer la situación actual de las personas con discapacidad en la ciudad de Neiva, desde la calidad del servicio y beneficios recibidos por el SGSSI.

En segundo lugar, con esta investigación se pretende indagar sobre las acciones que en la actualidad está realizando el Sistema de Seguridad Social Integral de Colombia, sobre la prevención de la discapacidad teniendo en cuenta que el tema de la prevención está contemplado en algunas leyes incluyendo la ley 100 de 1993.

En tercer lugar, se pretende conocer el enfoque, las políticas y las acciones desempeñadas por la Seguridad Social, en relación o a favor de la discapacidad, para proponer desde la realidad encontrada y desde las normas existentes aquellos aspectos que pueden tener otro enfoque o aplicación para una mayor efectividad tanto en la cobertura como en la calidad del servicio prestado.

¹² Ibid.

4. ANTECEDENTES

4.1 BREVE HISTORIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La discapacidad ha existido desde el comienzo de la humanidad. En la Edad Antigua y Media las sociedades han tratado a las personas con cualquier limitación en función de cómo han sido percibidos. En donde se pensaba que eran capaces de recibir revelaciones divinas se les trataba de manera especial, en algunas cortes fueron tratados como bufones, donde fueron considerados como el producto de influencias sobrenaturales o posesiones demoníacas fueron sometidos al escarnio público, al aislamiento, al abandono y en casos extremos a la condena a muerte¹³.

En Europa antes de 1.700 se brindaba básicamente en los monasterios servicios de hospedaje y alimentación. En América la sociedad colonial se hizo cargo de las personas excepcionales. Siendo la unidad familiar una unidad fundamental de esta sociedad se le otorgó la responsabilidad principal del cuidado del miembro con necesidades especiales y para aquellos que no podían cuidarse por sí mismo se crearon casas de caridad y hospicios.

En el Siglo XVIII, el pensamiento humanista del renacimiento estuvo principalmente interesado en la dignidad de las personas como seres humanos y en la libertad para lograr su máximo desarrollo. El sensacionalismo enfatizaba la importancia de los sentidos para el desarrollo. Los pensamientos de Rousseau y Locke revolucionaron al mundo en cuanto a la percepción de la naturaleza humana e influyeron sobre la reforma educativa¹⁴.

La Revolución Francesa con sus principios de libertad, igualdad y fraternidad impulsó una transformación en el pensamiento humano que llevó a un trato más humanitario y compasivo hacia las personas que se diferenciaban de lo considerado como "normal" y condujo a que se realizaran esfuerzos para que fuesen asistidos. El creciente respeto por los derechos, las necesidades de los individuos y el reconocimiento de la heterogeneidad de las personas marcó un cambio gradual de la orientación científica relativa al hombre.

¹³ www.minuval2000-textos/historiadeladiscapacidad.html

¹⁴ Ibid.

El primer registro sobre la atención de personas con discapacidad fue el trabajo realizado por el médico francés Itard en 1801 con el llamado "Niño Salvaje de Aveyron" (con retardo mental) destacando sus posibilidades de "rehabilitación" y de desarrollo de destrezas por medio de la implementación de un programa de entrenamiento sistemático con procedimientos específicos que permitieran su integración a la vida social abriendo un camino al desarrollo de la pedagogía de la instrucción y siendo uno de los pioneros en el campo de la educación especial. En Estados Unidos de América es fundada en 1850 la primera escuela para rehabilitar personas con discapacidad o deficiencias mentales¹⁵.

Güggenbohl, en Suiza, inició en 1860 el "entrenamiento y tratamiento rehabilitador" de personas con discapacidad en instituciones residenciales lo que estimuló que éstas proliferaran. Su prototipo de institución de cuidado perdura hasta la actualidad. De ahí en adelante el entrenamiento rehabilitador de deficientes físicos, sensoriales y mentales comenzó a ocupar un lugar en el sistema social de muchos países civilizados... Howe en 1865 creó el primer establecimiento público para rehabilitar y entrenar individuos física y mentalmente retardados y Wilbur en 1872 creó el primer centro privado. Estos autores, conjuntamente con Itard, Seguin y Güggenbohl establecieron que las personas con discapacidad podían ser tratadas, rehabilitadas, en muchos casos "curadas" y reintegradas a la comunidad¹⁶.

En las épocas preindustriales (principios del siglo XVIII), cuando las personas con discapacidades eran con frecuencia incapaces de sostenerse a ellas mismas o a sus familias, se las consideraba como dependientes sociales, objetos de piedad o receptoras de caridad. En los primeros años de Estados Unidos (1730 - 1740), la sociedad asumió una actitud paternalista con respecto a los minusválidos, internándolos con frecuencia en asilos especiales u hospitales. A los discapacitados se los consideraba pacientes o clientes que necesitaban cura. En esas instituciones se consideraba a los profesionales médicos y a los trabajadores sociales como las personas que tomaban primordialmente las decisiones, en vez de los propios minusválidos¹⁷.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

Como resultado, esas personas se encontraban excluidas de la sociedad y de la seguridad social en general. Aunque la presunción era que las personas con discapacidades necesitaban rehabilitarse de sus "problemas", grandes cantidades de ellas sufrían condiciones para las cuales no había curas conocidas en esa época. De manera que la sociedad no daba lugar a la integración, perpetuando por lo tanto los mitos de desigualdad.

A fines del Siglo XVIII y principios del Siglo XIX nació en Europa Occidental y Estados Unidos de América una preocupación general por las personas con discapacidad donde se reconoce el nacimiento de la Educación Especial y de los servicios sociales estatales para los individuos discapacitados. La forma primitiva de intervención es prácticamente una historia de personajes individuales, médicos en su mayoría, quienes mediante su propio ejemplo estimularon a otros a tratar en forma más humana a personas con algún impedimento, marcando el inicio de la "historia científica" de la discapacidad¹⁸.

El pensamiento de Darwin en su obra "El Origen de las Especies" influyó para que las personas con cualquier tipo de discapacidad, fuesen considerados una amenaza para el futuro de la especie humana, lo cual se confirmaba y cobraba fuerza con las erróneas investigaciones que habían descubierto que estas condiciones podía heredarse. Esto fue cambiando a medida que se fue descubriendo a consecuencia de la Primera Guerra Mundial., que tan solo una mínima cantidad de situaciones discapacitantes era heredable¹⁹.

A finales del siglo XIX e inicios del XX, se establecieron dos orientaciones en lo que se refiere a la atención de las personas con discapacidad. Por una parte, una orientación médico - asistencial, la cual concebía a esta persona como un enfermo atendido en instituciones hospitalarias, siendo responsable solo el médico. Posteriormente, una orientación psicológica donde se caracterizaba al individuo, en función de evaluaciones psicométricas y físicas, ubicándose casi siempre a la persona con discapacidad por debajo de la norma, con base al patrón de normas a realizar y/o al Coeficiente Intelectual (CI) lo cual determinaba un tratamiento rehabilitatorio en instituciones especializadas... A

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

mediados del siglo XX comienza a tener vigencia una orientación educativa y social integral en la atención de esta población²⁰.

A nivel mundial, era necesario diseñar y aplicar una serie de métodos, técnicas y procedimientos destinados a la readaptación de estas personas. En Italia se hablaba de rehabilitación correctiva, en Alemania de ortopedagogía, en Francia la rehabilitación curativa, en Rusia la enseñanza rehabilitatoria, en los Estados Unidos de protección social a la discapacidad y la educación especial, en Canadá la pedagogía de la discapacidad y en otros países rehabilitación terapéutica.

En 1.910 la Asociación Americana de Discapacidad (American Association on Disabilities - AAD) modificó el sistema clasificatorio incluyendo a un grupo de sujetos con varias clases de discapacidad que hasta ese momento no habían sido detectados ya que socialmente se adaptaban a las demandas de su ambiente, pero en el ámbito cotidiana y laboral tenían relativa inhabilidad para desempeñar sus labores²¹.

La participación de Estados Unidos en las dos guerras mundiales, tuvo un efecto profundo en la manera en que la sociedad en general consideraba y trataba a la gente con discapacidades. Al regresar al hogar miles de soldados con discapacidades, la sociedad tomó medidas para que pudieran reingresar en la fuerza laboral y contarán, con iguales beneficios frente a la seguridad y protección social. Los mayores cambios, vinieron en medio de los movimientos por los derechos civiles de la década de 1960. A medida que los negros, las mujeres y otras minorías sociales adquirían conciencia política, también lo hicieron los minusválidos²².

La orientación y seguridad social en la década de los sesenta en Estados Unidos, se basó filosóficamente en el principio de normalización que tiene como objetivo convertir la vida de las personas con necesidades especiales, en una vida muy semejante a la de cualquier otra persona, en cuanto sea posible. Siendo la aplicación concreta de esta tendencia la integración, lo cual se opone

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

²² www.USIA-sociedadvaloresestadounidenses/discapacidad.htm

a la segregación y descarta las ideas de acentuar las diferencias entre discapacitados y no discapacitados, rescatando el potencial humano²³.

Hacia fines del decenio de 1960, las organizaciones de personas con discapacidad que funcionaban en algunos países empezaron a formular un nuevo concepto de la discapacidad. En él se reflejaba la estrecha relación existente entre las limitaciones que experimentaban esas personas, el diseño y la estructura de su entorno y la actitud de la población en general. Al mismo tiempo, se pusieron cada vez más de relieve los problemas de la discapacidad en los países en desarrollo. Según las estimaciones, en algunos de ellos el porcentaje de la población que sufría discapacidades era muy elevado y, en su mayor parte, esas personas eran sumamente pobres.

En los setenta, se dio el mayor avance en la rehabilitación, sensibilización, educación y tratamiento de estas personas, constituyéndose el principio de normalización y los ambientes menos segregados en la meta principal para estas personas, implicando una integración tanto física como social, pero se estaba descuidando otro factor muy importante y del cual hoy se sufren sus consecuencias: la prevención de la discapacidad²⁴.

4.2 DISCAPACIDAD EN LA ACTUALIDAD

La gente con discapacidad está en todas partes --y siempre lo estuvo-- como lo han estado los padres, hijos, amigos y vecinos. La historia del movimiento de los derechos de los discapacitados, sin embargo, es relativamente nueva. Aunque las personas con discapacidades siempre han pertenecido a la mayoría de las comunidades, sólo en la memoria reciente han comenzado a reconocerse como un grupo social adherente²⁵.

En la actualidad y como históricamente siempre ha sucedido, la condición de tener una discapacidad en cualquier sociedad ha sido vista como algo trágico.

En todas partes del mundo y en todos los niveles de cada sociedad hay personas con discapacidad. El número total de personas con discapacidad en el mundo es grande (720 millones según la OMS) y va en aumento. Tanto las

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

²⁵ www.oms/articulosdelasemana/-14lok-24octubre2002-mundial.htm

causas como las consecuencias de la discapacidad varían en todo el mundo. Esas variaciones son principalmente el resultado de las diferentes circunstancias socioeconómicas así como también, de las distintas disposiciones que sobre seguridad social adoptan los Estados en favor del bienestar de sus ciudadanos²⁶.

La actual política social integral en materia de discapacidad adoptada en el mundo, es el resultado de la evolución registrada a lo largo de los 200 últimos años. En muchos aspectos, refleja las condiciones generales de vida y las políticas sociales y económicas seguidas en épocas diferentes. No obstante, en lo que respecta a la discapacidad, también hay muchas circunstancias concretas que han influido en las condiciones de vida de las personas que la padecen: el abandono social, la ignorancia, la superstición y el miedo, son factores que a lo largo de toda la historia han aislado a las personas con discapacidad y han retrasado su desarrollo.

Con el tiempo, la política social en materia de discapacidad pasó de la prestación de cuidados elementales en instituciones a la educación de los niños con discapacidad y a la rehabilitación de las personas que sufrieron discapacidad durante su vida adulta. Gracias a la educación y a la rehabilitación, esas personas se han vuelto poco a poco más activas y se han convertido ellas mismas, en una fuerza motriz en la promoción constante de las políticas sociales en materia de discapacidad²⁷.

En muchas naciones, se han creado organizaciones de personas con discapacidad, integradas también por sus familiares y defensores, que han tratado de lograr mejores condiciones de vida para ellas. Después de la segunda guerra mundial, se introdujeron los conceptos de integración y normalización que reflejaban un conocimiento cada vez mayor de las capacidades de esas personas.

Finalmente, la condición de discapacidad, así como el gran riesgo de padecerla, constituyen situaciones que en alguna medida menoscaban las capacidades y potencialidades de los individuos que las padecen, y de las familias donde alguno de sus miembros sufre discapacidad, siendo mayor su efecto cuanto más vulnerables sean respecto a su capacidad para prevenirlas,

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

mitigarlas o superarlas, lo cual adquiere mayor dimensión si se enfrentan con barreras sociales y culturales que impiden su adecuada integración y funcionalidad en la sociedad²⁸.

Hasta 1994, existieron en el país una multiplicidad de programas que buscaban abordar la situación de discapacidad con énfasis en atención a la población con discapacidad. No obstante, la articulación de estos programas fue bastante limitada, entre otras razones, por la carencia de una política explícita del Estado. A partir de 1995, se han impulsado políticas y programas con el fin de reducir el riesgo de la población a la discapacidad e intervenir en aquellas que la presentan. Adicionalmente, se han diseñado instrumentos en procura de garantizar de mejor forma la promoción, prevención, habilitación, rehabilitación y equiparación de oportunidades, frente al riesgo o condición de discapacidad²⁹.

Los avances del Estado y la sociedad se han expresado en: el desarrollo de un marco normativo amplio, que reconoce los derechos y determina deberes de los diferentes actores, junto con la ratificación de convenios internacionales; la construcción de una política pública con participación de la sociedad civil, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales³⁰; y la creación de redes institucionales gubernamentales y no gubernamentales.

Todo lo anterior mediante un diseño institucional que busca prevenir, brindar atención e incrementar la cobertura en los sistemas de seguridad social (en particular en salud y pensiones), además de promover la equiparación de oportunidades para las personas en condición de discapacidad. Estos elementos se hacen presentes en la formulación y ejecución de programas nacionales y locales, por parte de las entidades del Estado y de la sociedad civil.

La Fundación Teletón

Esta entidad en sus treinta años de compromiso con la población con discapacidad, ha tenido una interesante evolución de lo clínico a lo social. Esta

²⁸ Ibid.

²⁹ Conpes 2761 de 1995 y Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999-2002.

³⁰ Consejería Presidencial para la Política social, Corporación Andina de Fomento. "Política Pública en Discapacidad, metodología para la formación", Bogotá D.C. Septiembre de 2002 y Presidencia de la República, Consejería Presidencia de Programas Especiales, Red de Solidaridad Social. Bogotá D.C. "Bases para la formación de política pública en discapacidad", Bogotá D.C., 2003.

nueva aproximación le ha permitido desarrollar una dinámica diferente, acorde con las nuevas tendencias conceptuales de la percepción de la discapacidad, en donde, como usted bien sabe, los gobiernos, el entorno internacional y la sociedad civil en general, juegan un papel relevante.

A lo largo de la existencia del Centro Nacional de Rehabilitación Teletón, hoy Clínica Universitaria Teletón, se han atendido más de 17.000 pacientes en procesos de rehabilitación integral, muchos de ellos en forma gratuita. Se han manejado estrictos criterios de selección para llegar a las poblaciones más pobres y vulnerables sin cobertura por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para brindarles una oportunidad en el mejoramiento de su calidad de vida³¹.

Para la Fundación Teletón es clara la necesidad de darle continuidad a los procesos de intervención que requieren estas personas, y que, finalmente nos permitirán dirigirlos hacia una verdadera inclusión sociolaboral y a la posibilidad de lograr su plena autonomía y autodeterminación.

La Fundación Teletón inició su labor hace cerca de 30 años, con un grupo de personas con discapacidad física que quisieron aportar al país acciones determinantes en el proceso de rehabilitación de aquellos que, por una u otra razón, se veían enfrentadas a tal realidad, sin encontrar apoyo alguno por parte de la sociedad.

A momento en que asumió el nombre de Fundación Pro Rehabilitación del Minusválido y aceptó el desafío de dotar a Colombia de un gran Centro Nacional de Rehabilitación. Es la formidable etapa de Teletón, como espectáculo de televisión que desde 1980 a 1995 realizó quince maratones transmitidas a todo el país por este medio. Sólo una vez se interrumpió la sucesión cronológica de este evento, en 1985, con ocasión de la tragedia de Armero³².

La realización de cada uno de estos eventos televisivos, generó la solidaridad y la respuesta masiva de todos los estamentos del gobierno, la industria, la banca, el comercio, las organizaciones cívicas, sindicales, profesionales,

³¹ <http://fundacionteleton-colombia/quienessomos-balancesocial.htm>

³² Ibid.

deportivas, los grandes y pequeños medios de comunicación y, en fin, de todos los colombianos.

Los recursos se destinaron a la construcción del Centro Nacional de Rehabilitación que se inició en enero de 1981 y se inauguró en octubre de 1982. Luego de la construcción y puesta en funcionamiento del Centro, la Fundación aceptó el gran reto de organizar y llevar a feliz término la "II Olimpiada Mundial de Habilidad Profesional para Minusválidos, ABILYMPIC COLOMBIA 85", evento que por su magnitud internacional, éxito y trascendencia, debe ser motivo de orgullo, no sólo para la Fundación, sino para todo el país³³.

A lo largo de 15 ediciones anuales, el producto de Teletón logró financiar el sostenimiento del Centro Nacional de Rehabilitación, que de 1982 a 1997 dió como resultado la atención de 900.000 consultas externas y 15.000 personas con discapacidad rehabilitadas, servicios que siempre estuvieron dirigidos a la población de escasos recursos y subsidiados en un altísimo porcentaje, por lo que no generaban ingresos significativos.

La Fundación, consciente de que Teletón no podría realizarse indefinidamente, en un país acosado por dificultades sociales y económicas y de que una obra indispensable como el Centro no debía desaparecer, decidió en 1996, buscar una institución capaz de garantizar su permanencia, su desarrollo científico y tecnológico, la ampliación de su cobertura y el mantenimiento de su función social.

En octubre de 1997 la Fundación suscribió un convenio con la Universidad de La Sabana por treinta años, prorrogables por acuerdo entre las partes, para la administración y desarrollo del Centro, de tal manera que quedara asegurada su perdurabilidad y progreso.

Así pues, se inició la tercera etapa donde la Universidad de La Sabana entró en acción con el propósito definido de cumplir y sobrepasar sus términos. El Centro Nacional de Rehabilitación se convirtió en el mas completo en su género, en Latinoamérica. El apoyo generoso de personas y entidades con espíritu solidario permitió comenzar la remodelación de su infraestructura física. Fue así como se ampliaron y mejoraron sus 28 consultorios. Se importó

³³ Ibid.

desde Holanda un conjunto de equipos de última tecnología para electroterapia, mecanoterapia y terapia infantil, junto con un gimnasio especializado y un sistema completo de hidroterapia. En mayo de 2002 se inauguró la primera unidad de hospitalización, que permite la atención de personas con discapacidad provenientes de otras regiones del país³⁴.

Hoy el Centro Nacional de Rehabilitación, convertido en la Clínica Universitaria Teletón, es una entidad de nivel terciario de atención, cubre sus costos a través de las consultas médica general y especializada, servicios diagnósticos, cirugía ambulatoria y apoyo terapéutico, como complemento a los ya mencionados servicios de rehabilitación. En consecuencia, la Clínica se sostiene con los ingresos generados por los servicios que presta, mediante la utilización de la más alta tecnología en rehabilitación integral.

El éxito del Convenio permitió un acercamiento muy fuerte entre la Fundación Teletón y La Universidad de La Sabana y dió lugar a lo que se ha llamado la cuarta etapa de la Fundación. Se desarrolló un nuevo Convenio que garantiza la sostenibilidad de la Fundación en el tiempo, en donde La Universidad de La Sabana entra a hacer parte del Consejo Fundacional, máximo cuerpo de Gobierno de la entidad, en un 50% del mismo y se compromete a impulsar los programas de la Fundación de una manera relevante y a conservar el nombre " Fundación Teletón" y " Clínica Universitaria Teletón " a perpetuidad³⁵.

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la situación de la población discapacitada en Neiva afiliada a Asodisneiva, en relación con la Seguridad Social en Salud durante el año 2005.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las políticas y la normatividad contenidas en el Sistema de Seguridad Social en Salud y otras normas relacionadas con la discapacidad.
- Determinar la calidad de atención y cobertura prestada por el Sistema de Seguridad Social en el área de la salud a las personas con discapacidad.
- Identificar las causas por las cuales en la ciudad de Neiva se registran oficialmente bajas cifras sobre la población con discapacidad.
- Conocer el concepto de la población objeto de estudio sobre el tema de la prevención de la discapacidad en la ciudad y los elementos y características que debe tener una campaña como esta al ser aplicada en la ciudad de Neiva.
- Establecer las características en la atención y servicios prestados por las instituciones que trabajan con personas con discapacidad.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO TEÓRICO

6.1.1 Sistema General de Seguridad Social Integral

El primer país que instauró un sistema sanitario o de seguridad social a escala nacional fue Alemania. El canciller alemán Otto von Bismarck obtuvo la promulgación de una ley de seguro obligatorio por enfermedad en 1883, que era sostenido por el Estado. Diferentes tipos de seguridad social se implantaron en el siglo XIX en otros países de Europa como Austria-Hungría, Noruega en 1909, Suecia en 1910 y Gran Bretaña y Rusia en 1911³⁶.

En España y en la mayoría de los países de América Latina, siguiendo los impulsos modernizadores y sociales de los países más avanzados de Europa, se implantaron sistemas de Seguridad Social desde comienzos del siglo XX³⁷.

En América Latina hay países como México, Uruguay, Argentina, Chile, Colombia y otros que han mantenido y desarrollado sistemas de seguridad social a pesar de los problemas surgidos como consecuencia de los cambios de régimen político y de las orientaciones económicas y sociales. Se han establecido convenios bilaterales, entre España y la mayoría de los países de América Latina, para el reconocimiento mutuo de los derechos y las prestaciones.

En Colombia, el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten³⁸.

El sistema de seguridad social colombiano comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios

³⁶ Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ©1993-2004 Microsoft Corporation. 2005.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ley 100 de 1993, artículo 1°.

complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

El servicio público esencial de seguridad social colombiano se presta con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación:

Como se encuentra en los artículos 5° a 9° que forman a su vez el capítulo dos de la ley 100 de 1993, esta ley en desarrollo del artículo 48³⁹ de la Constitución Política de 1991, organizó el Sistema de Seguridad Social Integral cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del Estado.

El Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) ordena y controla las instituciones y los recursos necesarios para garantizar: las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.

De igual manera, el SGSSI vela por la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la ley y la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

El SGSSI es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la mencionada ley. Se establece además, que no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

³⁹ La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos el derecho a la Seguridad Social. El Estado, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social... La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas...

6.1.2 Seguridad social y discapacidad

Actualmente en muchas naciones se está empezando a reconocer las necesidades que en materia de seguridad social, rehabilitación y derechos tienen las personas con discapacidad, así como las repercusiones que tienen sobre indicadores nacionales de salud, educación y desarrollo económico.

En Colombia, durante las dos últimas décadas los sectores directamente relacionados con el tema de la discapacidad, los planificadores y los administradores de programas están pidiendo que se les facilite información sobre estos campos. Los requerimientos de datos van desde el recuento básico del número de personas afectadas dentro de la población, hasta informaciones más complejas como las diferencias que estas personas puedan tener en relación con el resto de la población en cuanto a calidad de vida⁴⁰.

El país ha realizado múltiples esfuerzos públicos y privados para la producción de información sobre personas con discapacidad; éstos han utilizado fuentes como el Censo de Población y Vivienda en 1993, encuestas regionales, datos producidos a través de los registros administrativos de los sectores de salud, educación y trabajo, entre otros. Sin embargo, tal información no satisface las necesidades normativas, de formulación y evaluación de planes, programas y proyectos desde una perspectiva integral de desarrollo. Una causa de ello, es que gran parte de la información estadística se produce sin contar con la ventaja de una terminología común o de directrices y procedimientos concertados entre las instituciones⁴¹.

En consecuencia, los elementos de información procedentes de fuentes tan diversas, son raramente comparables y sujetos de consolidación. Además, el grado de calidad con frecuencia dista mucho de los requerimientos que de ella hacen los agentes de la planificación. La realidad ha venido demostrando cómo han quedado por fuera variables relevantes y específicas de la discapacidad necesarias para una gestión social pertinente e integral del Estado hacia este grupo poblacional.

⁴⁰ Taller de concertación sobre información estadística de discapacidad, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Censos de Población y Vivienda 2005, Población con Discapacidad, Bogotá, versión pdf, mayo del 2002.

⁴¹ Ibid.

El Plan Nacional de Atención a la Población con Discapacidad –PNAD– para el periodo 2005 a 2007, es consciente que sin una información que permita medir y caracterizar las personas con discapacidad, es muy difícil lograr una adecuada descentralización del Plan y por lo tanto, brindar un óptimo servicio de seguridad social.

La información estadística existente en el país no permite un acercamiento sobre las condiciones reales de la discapacidad, es muy difícil poder hablar de indicadores sobre el estado general de la discapacidad, sobre las condiciones de vida de las personas directa e indirectamente afectadas. Según estimaciones de la OMS, un 12% de personas pueden estar presentando cuadros de discapacidad en cualquier país⁴².

La población colombiana ya supera a los 44 millones de habitantes, de aceptar la anterior hipótesis, se estaría hablando de una población cercana a las 5.280.000 personas con discapacidad. Las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución 48/96 de 1993, dice que los Estados deben asumir la responsabilidad de producir, reunir y difundir información acerca de la calidad de vida de las personas con discapacidades⁴³.

6.1.3 Modelos conceptuales de Discapacidad

En el campo de la formulación de políticas sociales para las personas con discapacidades o con capacidades excepcionales, se identifican, en principio, cinco modelos que pueden ser útiles a la hora de pensar sobre estas poblaciones. Aunque estos modelos se propusieron originalmente para orientar la reflexión acerca de la discapacidad, se consideran también aplicables al terreno de las capacidades excepcionales: - el modelo proveniente de los estudios sobre la capacidad humana; - el proveniente de los estudios de administración pública; - el proveniente de los estudios culturales;

⁴² Ibid.

⁴³ Mediante: - los censos nacionales, las encuestas de hogares y/o otras fuentes... – Examinar la posibilidad de establecer una base de datos relativa a la discapacidad...– Apoyen y fomenten programas de investigación sobre causas, tipos, la disponibilidad y la eficiencia de los programas existentes, y la necesidad de desarrollar y evaluar los servicios y las medidas de apoyo.

- el proveniente de los estudios éticos y filosóficos; y - el proveniente de los estudios tecnológicos⁴⁴.

Los conceptos asociados con estos modelos y con los cuales se espera un buen grado de consistencia son: antidiscriminación; autonomía; libertad; privacidad y confidencialidad; integración; sensibilidad cultural; coordinación y colaboración en la prestación del servicio; empoderamiento/participación en la toma de decisiones; capacidad para construir sistemas; y clasificación.

Aunque ya existían, si bien con un espíritu diferente, a partir de 1948 han salido a la luz un número importante de declaraciones e instrumentos jurídicos, concebidos desde la perspectiva de los Derechos Humanos, con el propósito de que las personas con discapacidades pertenezcan, en igualdad de condiciones, a la comunidad general⁴⁵. También en el campo de la salud pública, se ha venido revisando el concepto de discapacidad como una condición diferente a la de la enfermedad. Además, casi desde el primer cuarto del siglo XX, se generó la noción de que a la discapacidad le es inherente una dimensión socialmente construida.

A continuación se identifican cuatro modelos actuales, no excluyentes entre sí, que informan el significado de discapacidad.

A. Modelo individual de la discapacidad:

Localiza el problema de la discapacidad dentro del individuo y en segundo lugar define las causas de este problema como resultado de limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas que se asume provienen de la discapacidad. Estos dos puntos son centrales a lo que podría llamarse la teoría de la tragedia personal de la discapacidad, que sugiere que la discapacidad es un evento terrible que ocurre por azar a individuos desafortunados⁴⁶.

⁴⁴ Definición de variables pertinentes para la identificación de población con discapacidad o capacidades excepcionales, República de Colombia, Ministerios de Protección Social y Educación Nacional, Informe final Taller con Discapacidad. Formato pdf, Octubre 7 de 2003.

⁴⁵ Por ejemplo: Declaración de Salamanca y marco de acción sobre necesidades educativas especiales (1994) de la UNESCO y las Naciones Unidas (1993) con las Normas uniformes para la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidades.

⁴⁶ Definición de variables pertinentes para la identificación de población con discapacidad o capacidades excepcionales, República de Colombia, Ministerios de Protección Social y Educación Nacional, Informe final Taller con Discapacidad. Formato pdf, Octubre 7 de 2003.

B. Modelo social de la discapacidad:

Coloca la causa de la discapacidad en el fracaso de la sociedad para ofrecer servicios apropiados y asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Por lo tanto la discapacidad, de acuerdo con el modelo social, son todos los factores que imponen restricciones a las personas con discapacidad⁴⁷.

C. Modelo Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Frente al modelo social de la discapacidad, el modelo y la clasificación de la OMS plantea una posición que parte de la dimensión biológica pero igualmente tiene en cuenta la dinámica social. Este último: (a) plantea una concepción basada en el funcionamiento humano y la discapacidad, y no sólo en la discapacidad originada en una deficiencia orgánica, o sea, no es únicamente una propuesta de lo deficiente; (b) identifica los factores contextuales responsables de facilitar o interponer barreras a las personas con discapacidad; y (c) integra factores biológicos y sociales.

En este modelo, la discapacidad no se considera exclusivamente como una condición de la persona ni como una fuerza social externa a ella, sino que abarca los niveles del cuerpo, la persona y la sociedad. No obstante, el modelo de la OMS coincide con el modelo individual de la discapacidad en que coloca el origen de la discapacidad en las condiciones de salud del individuo, en su componente orgánico, y no coincide con el modelo social de la discapacidad al no responsabilizar exclusivamente al entorno como generador de discapacidad⁴⁸.

D. Modelo del Instituto de Medicina de los Estados Unidos:

Plantea que no es posible pensar la discapacidad como una realidad única, como un atributo que caracteriza personas, como una única forma de restricción social, ni tampoco como una relación invariante entre estos dos factores. Más bien, el estado de discapacidad es una función de la interacción entre el individuo y el ambiente y por tanto, una condición diferente para cada persona y para esa persona una realidad en permanente cambio según el momento y el lugar. Se define la discapacidad como una variable dependiente.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ibid.

Por ejemplo, el acceso al sistema de seguridad social y la disponibilidad de tecnología asistida serían factores capacitantes, pero la falta de acceso y cobertura en el servicio sería un factor de riesgo o un factor discapacitante; los desniveles en los andenes y el diseño universal en las edificaciones serían factores capacitantes (ambiente físico) pero la falta de éstos se constituiría en factor discapacitante; la edad de la persona es un factor biológico que puede ser capacitante o discapacitante; las adaptaciones en salud y en el servicio serían capacitantes mientras que la falta de profesionales de la salud especializados en sus respectivas áreas en discapacidad, sería un factor discapacitante⁴⁹. En síntesis, el ambiente y las características del individuo en conjunto determinan el grado de discapacidad.

6.1.4 Discapacidad en Colombia – Censo de 1993

En Colombia se introdujo por vez primera la variable discapacidad tan solo en el censo de población de 1993, la cual arrojó un total de 593.546 personas censadas con discapacidad –una prevalencia de apenas el 1,85%, si se mantiene esta tasa, al día de hoy los cálculos serían de 825.000 las personas afectadas. La estructura de la pregunta se dirigía a determinar la presencia de la discapacidad desde el enfoque de la deficiencia en estructuras corporales y de algunas funciones⁵⁰.

La única pregunta del censo de 1993 que hacía referencia o buscaba tratar el tema de la discapacidad en la población, era la pregunta 28 que decía:

- Tiene... alguna(s) de las siguientes limitaciones:

- Ceguera
- Sordera
- Mudez
- Retraso o deficiencia mental
- Parálisis o pérdida de miembros superiores
- Parálisis o pérdida de miembros inferiores

Si la persona contestaba que no tenía limitaciones o menciona alguna que no está incluida en la lista, se marcaba ninguna de las anteriores.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, Dirección de Censos y Demografía, Censos de Población y Vivienda 2005, Población con Discapacidad, Taller de concertación sobre información estadística de discapacidad, Bogotá, mayo del 2002.

La opción Parálisis o ausencia de miembros superiores se marca cuando a la persona le faltan todos los dedos, o ha perdido el movimiento en ellos. Así mismo, cuando el problema afecta la mano completa, el brazo o el antebrazo. De manera similar Parálisis o ausencia de miembros inferiores cuando los miembros afectados son los pies o las piernas”⁵¹.

En este censo nacional, no se tuvo en cuenta la recomendación de las Naciones Unidas, en donde se afirma que al identificar personas que tienen discapacidades haciendo preguntas de contenido amplio acerca de las dificultades con que tropiezan para ver, oír, desplazarse, subir escaleras y otras actividades, daban tasas de prevalencia más altas (8 al 17% de la población total).

Pero no todo fue negativo, pues en la experiencia del Censo de 1993 al obtener información individual y sobre todos los grupos de edad, permitió conocer sobre la interrelación de estas personas con el entorno, más concretamente con la educación y el trabajo; es decir, con espacios de participación social, de disfrute de derechos⁵².

En esta oportunidad no se trabajó sobre la identificación de las causas que producían la discapacidad. Quedó por fuera entonces, un número apreciable de personas que, por ejemplo, si bien no eran ciegos, sordos o mudos, si presentaban serios problemas a nivel de estos sistemas.

Si en 1993 se buscaba información sobre discapacidad, se han debido formular preguntas que indagaran sobre los términos que la identifican con la concepción de los años ochenta: deficiencias, incapacidad y minusvalía; y, de ser posible, con los nuevos desarrollos de la época, utilizando la clasificación de la CIDDM: deficiencias, discapacidad, minusvalía⁵³.

La confusión en la utilización de términos es palpable y el objetivo en el Censo de 1993 era claro: no era determinar el número de personas con discapacidad, era determinar el número de personas con deficiencias permanentes en el funcionamiento de sus órganos sensoriales (no todos),

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

⁵³ Ibid.

locomotores y mentales, nada más, lo cual dista mucho de ser un buen trabajo para determinar la población con discapacidad de la Nación⁵⁴.

Los resultados nacionales fueron los siguientes:

Cuadro 1: Población nacional con discapacidad 1993

TIPO DE DISCAPACIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Ceguera	234.916	34.47%
Sordera	169.528	24.85%
Mudez	41.368	6.06%
Retraso o deficiencia mental	113.270	16.62%
Parálisis o pérdida de miembros superiores	60.727	8.91%
Parálisis o pérdida de miembros inferiores	62.004	9.09%
Total con discapacidad	593.546	100,00%

Fuente: DANE 1993

Es necesario aclarar en este sentido, que aunque en el censo de 1993 se registran un total de 681.838 personas de todas las edades y sexos con deficiencias tanto de los sentidos como motrices y mentales, no todas estas son o fueron consideradas con discapacidad. Este censo, consideró que de este número registrado, 593.546 personas era el total de la población con discapacidad de la nación para la fecha. De esta población encuestada, el 51,71% fueron hombres y el restante 48,29% mujeres.

El criterio utilizado obedecía a que aquellas personas que no presentaban ceguera o sordera total o retraso mental severo, eran consideradas entonces personas con deficiencias sensoriales o mentales deficientes, más no como personas con discapacidad. Solo los que presentaban ceguera, mudez, sordera total o retraso mental severo, eran los que se consideraban como personas con discapacidad.

De este número final registrado de personas con discapacidad (593.546) del último censo realizado, el 71.67% es decir 425.429 personas con discapacidad vivían en las cabeceras municipales y el restante 28.33%, que equivale a 168.117 colombianos con discapacidad vivían en zonas rurales.

⁵⁴ Ibid.

En la medida en que la condición de discapacidad se define y cuantifica metodológicamente en forma diferente en cada uno de los estudios analizados, los porcentajes de personas con discapacidad en el país varían de acuerdo al estudio. El Censo de 1993, considera la discapacidad desde el punto de vista de la condiciones de salud y biológica del individuo. Con base en este, la discapacidad afecta apenas al 1.8% de la población.

Los conceptos de discapacidad incorporados en este estudio, es tenido en cuenta por el de la Gobernación y la Universidad del Valle. Su estimación de prevalencia es de 4%. Finalmente, el de la Universidad Javeriana y la Vicepresidencia de la República, encuentra una prevalencia de 23.6%. Es claro que las diferencias en cobertura de estos estudios hacen no comparables sus estimaciones de prevalencia de la condición de discapacidad⁵⁵.

No obstante las restricciones, los diferentes estudios coinciden en que en Colombia: (i) la discapacidad aumenta con la edad, siendo mayor su incidencia a partir de los 45 años; (ii) la diferencia entre géneros no es significativa; (iii) las principales causas se asocian a enfermedad general (43% - 46%) y violencia⁵⁶ (11-15%); (iv) el nivel educativo exhibido entre las personas y hogares con discapacidad en promedio es mucho menor frente a la población sin discapacidad; (v) la participación social de las personas con discapacidad es baja⁵⁷; (vi) las familias con personas con discapacidad en su seno son más vulnerables económicamente; y (vii) las restricciones para el desarrollo de actividades y el acceso a salud, educación y trabajo entre otros, se deben en parte a las actitudes de la comunidad, lo cual genera barreras de acceso en las instituciones⁵⁸.

Desde la organización institucional

Con el propósito de adecuar los actuales mecanismos de formulación e implementación de la política pública de discapacidad se hace necesaria una

⁵⁵ Conpes Social, documento del Consejo Nacional de Planeación, República de Colombia, política pública nacional de discapacidad, Bogotá, versión julio de 2004.

⁵⁶ Los hombres aportan más casos que las mujeres a expensas del grupo de lesiones, intencionales principalmente., mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad como medidas de carga de la enfermedad en Colombia 1985-1995, según el Ministerio de Salud.

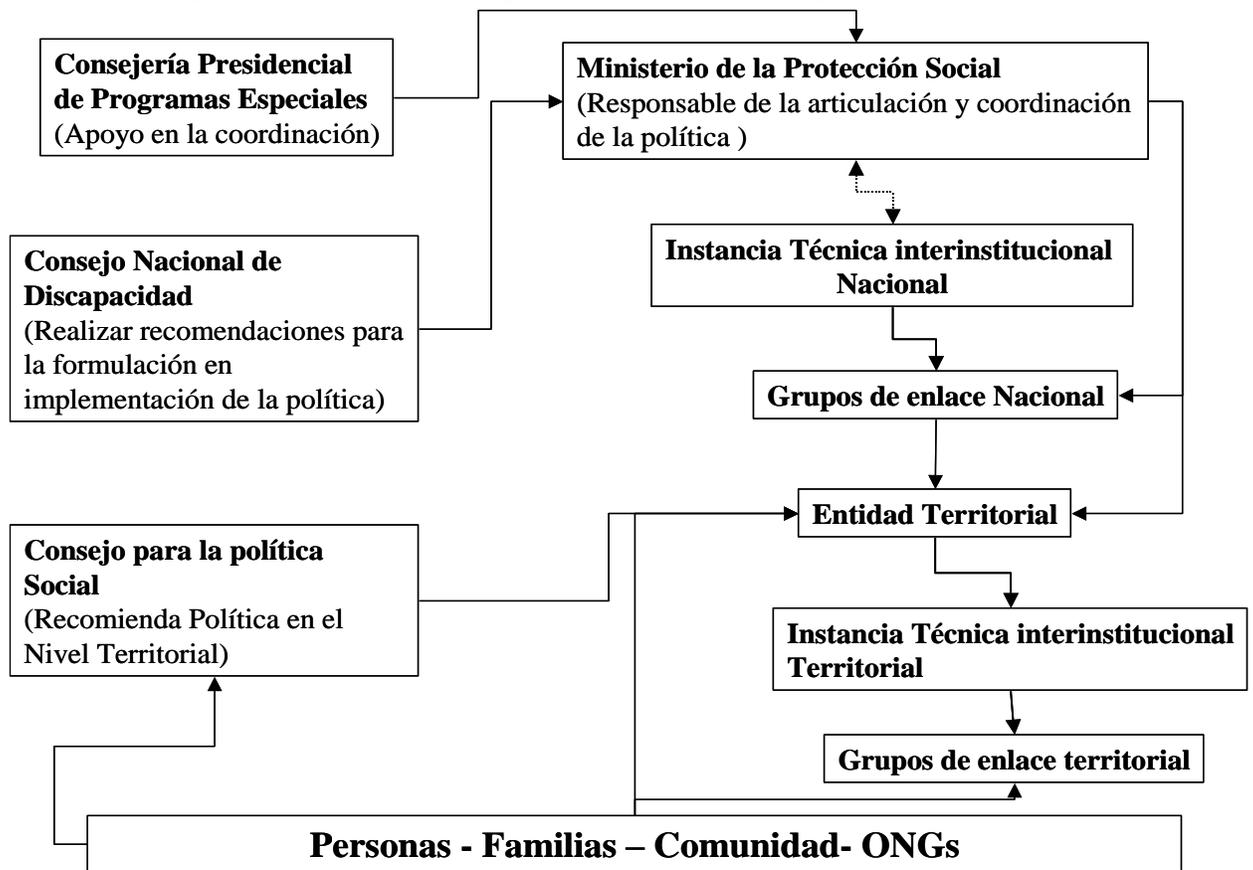
⁵⁷ Entendida como participación en actividades con la familia, comunitarias, religiosas, económicas, deportivas, académicas, gremiales, cívicas, entre otras.

⁵⁸ Conpes Social, documento del Consejo Nacional de Planeación, República de Colombia, política pública nacional de discapacidad, Bogotá, versión julio de 2004.

modificación a la Ley 361 de 1997. En este orden de ideas, la organización institucional se debe fundamentar en que:

- MinProtección Social, se constituya en el ente que lidere el diseño e implementación de la política, y sirva de articulador;
- El Consejo Nacional de Discapacidad opere como instancia política de representación de los actores del orden Nacional y local, públicos y privados.
- Se formalice una instancia técnica interinstitucional para la formulación y gestión coordinada de la política y del plan de acción, conformada por los Ministerios, sus entidades vinculadas, coordinadores de los Grupos de Enlace Sectorial, el Departamento Nacional de Planeación y el DANE;
- Se desarrollen espacios y mecanismos de articulación y coordinación, nacionales y locales, acordes con las competencias y responsabilidades territoriales⁵⁹.

Cuadro 2: Organización Institucional para la Política de Discapacidad en Colombia.



Fuente: Conpes Social.

⁵⁹ Ibid.

La Consejería Presidencial de Programas Especiales mediante un proceso de empalme concertado con el Ministerio de Protección Social durante el año 2003, trasladó su competencia de coordinación del Comité Consultivo Nacional al Ministerio de la Protección Social. Así, pasará a constituirse en una instancia de apoyo en la articulación y coordinación interinstitucional hasta que se produzca la reforma de la ley 361 de 1997⁶⁰.

Cuadro 3: Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud por género, con limitaciones y por edades en 2001.

Rango de Edad	Mujeres				Hombres				Total General
	Física	Motora	Sensorial	Total	Física	Motora	Sensorial	Total	
0- 4	63,2%	4%	32,8%	4%	65%	4%	31%	4%	4%
5-9	69,9%	4,4%	25,7%	6%	71%	4%	25%	6%	6,2%
10-14	72,6%	4,8%	22,6%	6,9%	74%	5%	21%	7%	7%
15-19	71,4%	5%	23,6%	6,4%	73%	5%	22%	7%	6,5%
20-24	69,7%	6%	24,4%	6%	74%	6%	20%	6%	6%
25-29	72,3%	4,2%	23,5%	6%	76%	5%	19%	6%	6%
30-34	74%	4,6%	21,4%	6%	77%	5%	18%	6%	6,1%
35-39	73,2%	6,1%	20,7%	5,6%	77%	4%	18%	6%	5,9%
40-44	74,9%	4,6%	20,5%	5,4%	78%	4%	18%	6%	5,6%
45-49	74%	4,8%	21,2%	4,7%	78%	4%	18%	5%	5,1%
50-54	72,9%	4,7%	22,4%	4,3%	77%	4%	20%	5%	4,4%
55-59	75%	4%	21%	4,3%	79%	4%	18%	5%	4,6%
>60	75,6%	3,1%	21,3%	34,4%	79%	2%	19%	31%	32,6%
Total	73,2%	4,2%	22,5%	100%	76%	4%	20%	100%	100%

Fuente: Compes Social.

Cuadro 4: Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud por tipo de limitación en 2001.

Tipo de Limitación	Mujeres	Hombres	Total	Proporción
Física	33.814	41.236	75.050	0,8%
Motora	1.948	1.995	3.943	0,0%
Sensorial	10.404	10.902	21.306	0,2%
Sin identificar	8.441	8.615	17.056	0,2%
Subtotal	54.607	62.748	117.355	1,3%
Sin discapacidad	4.658.021	4.325.464	8.983.485	98,7%
Total	4.712.628	4.388.212	9.100.840	100,0%

Fuente: Compes Social.

⁶⁰ Ibid.

6.1.5 Discapacidad en el Departamento del Huila

Según el DANE, para el censo de 1993 la población con algún tipo de discapacidad registrada en el Departamento del Huila, contaba con las siguientes cantidades por grupos de edades y géneros.

Cuadro 5: Población censada en Huila con discapacidad 1993

SEXO Y GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN CON DISC	CEGUERA	SORDERA	MUDEZ	RETRAZO MENTAL	Parálisis o ausencia	
						Miembros superiores	Miembros inferiores
ZONA URBANA	11.580	5.037	3.995	815	1.628	1.111	1.119
0-14 años	1.432	532	312	175	370	135	127
15-44 años	2.953	923	663	332	745	356	349
45-64 años	3.190	1.629	1.031	182	277	286	270
65 y más	4.005	1.953	1.989	126	236	334	373
HOMBRES	5.820	2.303	2.089	372	827	629	621
0-14 años	776	275	181	85	199	78	65
15-44 años	1.614	487	350	151	391	219	210
45-64 años	1.505	672	530	76	135	167	165
65 y más	1.925	869	1.028	60	102	165	181
MUJERES	5.760	2.734	1.906	443	801	482	498
0-14 años	656	257	131	90	171	57	62
15-44 años	1.339	436	313	181	354	137	139
45-64 años	1.685	957	501	106	142	119	105
65 y más	2.080	1.084	961	66	134	169	192
ZONA RURAL	7.102	2.243	2.338	753	1.390	823	809
0-14 años	923	247	141	172	279	118	118
15-44 años	2.153	418	452	339	699	285	280
45-64 años	2.049	766	749	158	261	221	209
65 y más	1.977	812	996	84	151	199	201
HOMBRES	4.141	1.177	1.410	396	822	533	495
0-14 años	504	123	75	83	157	68	70
15-44 años	1.324	238	282	178	433	197	179
45-64 años	1.203	406	461	96	149	146	128
65 y más	1.110	410	592	39	83	122	118
MUJERES	2.961	1.066	928	357	568	290	314
0-14 años	419	124	66	89	122	50	49
15-44 años	829	180	170	161	266	88	101
45-64 años	846	360	288	62	112	75	81
65 y más	867	402	404	45	68	77	83
TOTAL DEPTO	18.682	7.280	6.333	1.568	3.018	1.934	1.928

Fuente: Censo DANE 1993

La población total registrada para el Departamento del Huila para el mismo año, era de 753.290 personas de las cuales 452.571 se contaban o vivían en zonas urbanas y 300.719 en zonas rurales. En total, la población de personas con discapacidad de todas las edades que se tenía de manera oficial para el año de 1993 con el censo nacional realizado era de 18.682, de las cuales 11.580 fueron registradas en centros o cascos urbanos de la ciudad de Neiva y los demás 36 municipios del Departamento, los restantes 7.102 se registraron en las zonas rurales de los distintos territorios departamentales.

De acuerdo a estos datos, se tiene que en los centros urbanos o cabeceras municipales la proporción de personas con discapacidad era del 2.55% y para las áreas rurales la proporción se establece en 2.36%, lo cual arroja un promedio de 2.46% de pobladores con discapacidad en el Departamento del Huila para el año de 1993. Esta cifra promedio para el Departamento (2.46%) sin embargo, es relativamente mayor a la cifra registrada como prevalencia o promedio registrado para las personas con discapacidad a nivel nacional en el último censo, que apenas llegaba al 1.85%.

Por otro lado, la población que se registraba para la ciudad de Neiva en el mismo censo nacional de 1993, estaba representada en 250.838 personas, si se guardan las mismas proporciones que se tienen para el Departamento de 2.55% de personas con discapacidad del total registrado para el área urbana, entonces es posible determinar que en esta ciudad se tenía para esa fecha un número aproximado de 6.400 personas con discapacidad.

El número de personas con discapacidad para la ciudad de Neiva se obtienen de esta manera, porque en el último censo oficial realizado no se encuentran los datos o resultados que indiquen la cantidad de personas con discapacidad solo para la ciudad de Neiva. Los datos oficiales que se encuentran, son destinados a conocer la realidad solo desde el área departamental. La cobertura, programas, proyectos y características concretas presentadas en el Departamento del Huila frente a la discapacidad, desde entidades como la Secretaría de Salud Departamental y Municipal, Asodisneiva (Asociación de Entidades de Discapacidad de Neiva y el Huila) y el DANE en los últimos años.

En la actualidad, los datos aproximados para la población en la ciudad de Neiva que se conocen indican que para finales de mes de junio del presente

año, la cantidad de neivanos estaría ubicada sobre los 377.480⁶¹. Si se continúa aplicando el promedio de personas con discapacidad obtenido para el área urbana del Departamento en el último censo oficial (2.55%), se calcula entonces que a la fecha se contaría con un promedio de 9.630. En este mismo documento como en otros similares, no se conocen cifras o promedios que indiquen la población actual de personas con discapacidad para la ciudad de Neiva.

La otra clase de cifra registrable en este sentido, es la que se puede ubicar según aproximaciones también de las ong's nacionales, internacionales e incluso de la misma OMS, al proponer que el promedio de personas con discapacidad está en el 12% de las poblaciones totales, entonces volviendo a tomar el dato de población aproximado para la fecha de 377.480 pobladores en Neiva, se tendría una población total cercana a los 45.300 ciudadanos de todas las edades, género y nivel socio cultural y económico en esta situación.

6.1.6 Discapacidad en el Municipio de Neiva

De acuerdo a encuestas preliminares del DANE realizadas en Abril de 2005, se encontró en Neiva una población de 7.732 personas con discapacidad, registradas de la siguiente manera:

Cuadro 6: Población con discapacidad en Neiva según DANE 2005

GRUPO ETAREO	GENERO		TIPO DE DISCAPACIDAD			
	M	F	FISICA	MENTAL	SENSORIAL	
					AUDITIVO	VISUAL
DE 0-4 AÑOS	77	59	67	41	16	12
DE 5 - 14 AÑOS	575	485	251	290	259	260
DE 15 - 44 AÑOS	1122	1090	785	762	322	343
DE 45 - 59 AÑOS	528	735	711	266	66	220
MAYORES DE 60 A	1233	1828	1752	431	218	660
TOTAL	3535	4197	3566	1790	881	1495

De 7.732 personas con discapacidad, 6.300 (81.5%) es población objeto del programa realizado por la Secretaria de Salud Municipal, la cual inició actividades en junio de 2005 con un grupo de 663 discapacitados (10.5%). Se

⁶¹ Anuario Estadístico del Huila 2003, Departamento Administrativo de Planeación, Gobernación del Huila, Neiva, 2004

prevee que cada semestre, se aumentará en un porcentaje similar las personas beneficiadas por los distintos programas de la entidad. De llevarse a cabo esta proyección, se tendría para finales del 2006 una cobertura de aproximadamente 2000 personas, es decir, el 30%.

El programa de Atención Integral a la Discapacidad, surge como respuesta a la problemática existente en la ciudad de Neiva y al requerimiento normativo y de obligatorio cumplimiento a nivel nacional, departamental y municipal, este además debe obedecer a los niveles de complementariedad establecidos según el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia.

El objetivo de este programa es el de mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad, a través de la promoción de la salud y prevención de la discapacidad que permita el desarrollo de una cultura de convivencia y respeto a los derechos fundamentales de esta población y el acceso a una vida comunitaria activa a través de la sensibilización, la recreación, el deporte y la ocupación productiva. Según la Dra. Ángela Inés Galindo, Coordinadora del Programa Atención Integral a la Discapacidad de la Secretaría de Salud Municipal de Neiva, el Programa de Atención Integral a la Discapacidad se realiza básicamente bajo los siguientes componentes:

- Promoción y Prevención:

Con el fin de prevenir la discapacidad y crear estilos de vida saludable y detectar a tiempo deficiencias en los seis centros de salud de ESE Carmen Emilia Ospina, se canaliza a las gestantes en la participación del curso psicoprofilaxis , donde se les enseña el proceso de gestación, técnicas de relajación, técnicas de respiración, estimulación intrauterina, alimentación, vacunación y cuidados en esta etapa, con el acompañamiento de su pareja con una cobertura del 25% de las mujeres que asisten al control prenatal que han recibido 55 talleres.

Para darle seguimiento a los partos, se realizan estimulación temprana adecuada haciendo que la madre inscriba al niño al control de crecimiento y desarrollo donde se le informa de manera teórico-práctica el desarrollo psicomotor y la manera de cómo estimular a su bebe y detectar a tiempo deficiencias, este programa ha logrado una cobertura del 24.16%, y se han desarrollado 148 talleres.

En los hogares del Instituto de Bienestar Familiar e Infantiles se realiza el tamizaje auditivo con una cobertura de 788 tamizajes a través de los cuales se detectó un caso positivo el cual fue canalizado y remitido al especialista y el Programa envió los papeles a la Secretaria de Salud Departamental para la consecución de los audífonos. Como complemento se trabaja con docentes de las Instituciones Educativas correspondientes a las comunas 8, 9 y 10, capacitándolos y formándolos en conceptos prácticos y necesarios sobre detección de alteraciones auditivas y del lenguaje las cuales disminuyen la capacidad de aprendizaje de los escolares.

Se ha dado capacitación a cerca del 45% de los docentes del municipio con 32 talleres, con esto se espera fortalecer la acción del docente para que realicen las remisiones a los Centros de Salud de los casos de cualquier tipo de discapacidad. Con el fin de promocionar el programa Atención Integral a la Discapacidad y crear hábitos y estilos de vida saludables y llegar a aquellas personas que no se pueden desplazar hacia los grupos de trabajo, se puede sintonizar los viernes de 9 a 10 a.m., en la Emisora Colombia Stereo, un espacio para escuchar diversos temas de prevención, manejo y sensibilización que ha tenido una cobertura de todo el Departamento con 22 emisiones al finalizar el año 2005.

- Rehabilitación basada en la comunidad

Se han conformado 18 grupos en las diferentes comunas de Neiva, donde se ha capacitado en liderazgo y pertenencia a igual número de líderes quienes trabajan apoyados por los profesionales que integran el Programa y con el fin de evaluar y lograr mayor cobertura se realiza una reunión mensual .

Estos grupos están conformados en su totalidad por 400 personas, donde a través de 244 talleres teórico-prácticos, 153 talleres de ocio-productivo donde se ha mejorado destrezas, habilidades, comunicación e integración a la comunidad , apropiación de las personas con discapacidad para un desempeño en su rol familiar y social, en donde se les ha capacitado en los siguientes temas y manualidades:

*Hipertensión y ECV

*Enfermedades cardiacas

*CA de mama, prostata, cuello uterino, también osteoporosis

*Autoestima y Valores

*Habitos de vida saludables

*Buenos hábitos alimenticios

*SIDA, Diabetes

- *Convivencia Ciudadana
- *Manejo de Estrés
- *Autismo y Síndrome Bipolar
- *Enfermedades Oftálmicas
- *Generalidades de las frutas
- *Prevención de accidentes caseros
- *Generalidades de la Epilepsia
- *Salud y Nutrición
- *Higiene Postural
- *Acondicionamiento físico
- *Política en Salud Pública
- *Comunicación y Valores
- *ley 361
- *Ejercicios de estiramiento
- *Convivencia en casa
- *Salud de la tercera edad
- *Violencia intrafamiliar
- *Abuso sexual
- *Salud auditiva
- *Secuelas de lesiones cerebrales
- *Reanimación y atención prehospitalaria
- *Vitales
- *Foamy y Cáscara de Naranja

Para lograr la integración de los grupos de trabajo, se celebró el 10 de Diciembre de 2005 el día de la discapacidad con una actividad recreativa, cultural y deportiva en el Club Los Andaquies. A través de las visitas domiciliarias, se ofrece un acercamiento integral y acompañamiento la familia, para capacitarlos en el manejo del discapacitado atendiendo solicitudes de la comunidad, se verifica y se hace seguimiento de los casos reportados, realizándose 22 remisiones, 36 fórmulas, dando cobertura a 241 personas, paralelo a esto se han evaluado 353 personas con el fin de otorgarles el certificado de discapacidad.

- Apoyo al Consejo Local de Discapacidad

La secretaria de Salud Municipal ha solicitado al programa un apoyo para realizar este consejo con el fin de lograr un acercamiento con los diferentes Instituciones o Entes que deben participar de las labores para las personas con discapacidad, es así como se convocó a todos los miembros de CLD el 07 de Diciembre de 2005 en el Auditorio del 7 de Agosto, donde por falta de quórum no se pudo realizar la reunión.

- Equiparación de oportunidades

La Secretaria de Salud asigna en comodato Ayudas Técnicas al momento, en la base de datos se encuentran 150 solicitudes a las cuales ya se les realizó visita para su adjudicación.

Una de las problemáticas de la población con discapacidad es su situación laboral y económica. Con el fin de evaluar esto se ha adelantado el 60% de un

diagnostico en donde se han evaluado las capacidades intelectuales, psicológicas, escolares y habilidades para su desempeño en el rol laboral, lo cual arrojó los siguientes resultados:

Analfabetas	40%	Primaria	30%
Bachilleres	20%	Técnicos	2.5%
Profesionales	0.05%	Proyectos viables	4

Por otro lado, la prestación de servicios de administración delegada del CARIHUILA (Centro de Adaptación y Rehabilitación Integral del Huila, lugar donde tiene su sede la entidad Asodisneiva), ofrece los servicios de salud relacionados con el tratamiento y rehabilitación integral a los segmentos poblacionales sin capacidad de pago no cubiertos con subsidios a la demanda que presentan alguna discapacidad física, psíquica y/o sensorial, de zonas urbanas y rurales del Departamento del Huila, mediante la atención individual y familiar de los afectados en las áreas clínicas y terapéutica, para llevarlos a alcanzar los máximos niveles de autónoma, independencia e integración social

6.1.7 Estadísticas y cifras internacionales

El balance emitido por la ONU a partir de las últimas experiencias de las naciones sobre el tema del censo en las personas con discapacidad subraya, no obstante, la falta de comparabilidad entre los datos. Al referirse al porcentaje tan variado entre los países, de personas con discapacidad en la población, por ejemplo, señala en uno de sus informes, que aunque se presentan en un solo cuadro, los datos distan de ser comparables por varias razones: la variación en las definiciones conceptuales de los impedimentos, la disparidad de los procedimientos de selección, las diferencias entre los grupos de edad abarcados, los distintos tipos de personas incluidas, y demás aspectos del mismo tipo⁶².

El porcentaje de impedidos registrados oscila según el país que los expide, entre el 0,2% y el 20,9% de la población. Tan amplia diversidad de las tasas de impedimento no sólo refleja variaciones reales en el nivel de la discapacidad, sino que también es resultado del alto grado de variabilidad de las estrategias que los diferentes países aplicaron para medir los

⁶² Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, Dirección de Censos y Demografía, Censos de Población y Vivienda 2005, Población con Discapacidad, Taller de concertación sobre información estadística de discapacidad, Bogotá, mayo del 2002.

impedimentos. En el anexo B por ejemplo, se da con el artículo “Avances de la discapacidad en Antioquia”, un breve repaso por la situación presentada en este departamento, la cual puede servir de ejemplo a seguir para los huilenses.

En el siguiente cuadro se presenta un extracto de la información incluida en el compendio de la ONU sobre el tema, para ilustrar lo expuesto en los párrafos anteriores, sobre censos de varias naciones en su población total.

Cuadro 7: Porcentaje de personas con discapacidad por país

PAÍS O REGIÓN	AÑO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Egipto	1986	Todas las edades	0.3
Hong kong	1981	Todas las edades	0.8
Indonesia	1980	Todas las edades	1.1
Kuwait	1980	Todas las edades	0.4
Malí	1986	Todas las edades	3.0
Antillas Neerlandesas	1981	De 0 a 39 años	2.9
Pakistán	1981	Todas las edades	0.5
Panamá	1980	De 0 a 39 años	0.7
Perú	1981	Todas las edades	0.2
Polonia	1988	Todas las edades	0.4
Túnez	1984	Todas las edades	0.9
Turquía	1985	Todas las edades	1.5
Colombia ⁶³	1993	Todas las edades	1.8
Estados Unidos	1980	De 16 a 64 años	8.5
Australia	1981	Todas las edades	13.2
Canadá	1986	Todas las edades	13.2
China	1978	Todas las edades	4.9
Japón	1980	18 ó más años	2.4
Nepal	1980	Todas las edades	3.0
Filipinas	1980	Todas las edades	4.4
España	1986	Todas las edades	15.0
Reino Unido	1986	De 0 a 15 años	3.2
Reino Unido	1986	De 16 ó más años	14.2

Fuente: ONU: Base de datos estadísticos sobre los impedidos, 1988 (fragmento).

⁶³ Se incluye el resultado de Censo de 1993 en Colombia para efectos de comparación con las tasas de prevalencia de la discapacidad.

Además de las diferencias metodológicas en la toma de datos, se admite, sin reservas, que las variaciones en los porcentajes de discapacidad en los diferentes países también son, en parte, atribuibles a factores como:

- las pautas diferenciales de las enfermedades crónicas,
- las enfermedades infecciosas,
- la esperanza de vida,
- la estructura por edades,
- la composición de la población;
- las situaciones nutricionales diferenciales,
- las tasas de exposición a riesgos ambientales u ocupacionales, y
- las características de las distintas prácticas sanitarias⁶⁴.

En el ámbito internacional de los Censos de Población y Vivienda, los países han venido utilizando dos enfoques para producir información sobre discapacidad. Aun cuando existen recomendaciones de Naciones Unidas que orientan sobre la medición de la discapacidad, la gran mayoría de los países de América han empleado el enfoque de la deficiencia, posiblemente porque la respuesta es más directa por parte del informante, tendencia que hoy día evoluciona hacia el enfoque de las limitaciones en la actividad⁶⁵.

Las normas uniformes internacionales sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución 48/96 de 1993, dice que los Estados deben asumir la responsabilidad de producir, reunir y difundir información acerca de la calidad de vida de las personas con discapacidades⁶⁶.

En este sentido, la ONU pide a los Estados:

- Utilizar los censos nacionales, las encuestas de hogares y/o otras fuentes para recopilar información estadística acerca de las condiciones de vida de las personas con discapacidades.
- Examinar la posibilidad de establecer una base de datos relativa a la discapacidad, que incluya estadísticas sobre los servicios y programas disponibles, y sobre los distintos grupos de personas con discapacidad,

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, Dirección de Censos y Demografía, Censos de Población y Vivienda 2005, Población con Discapacidad, Taller de concertación sobre información estadística de discapacidad, Bogotá, mayo del 2002.

⁶⁶ Ibid.

- teniendo presente la necesidad de proteger la vida privada y la integridad de las personas.
- Elaborar y adaptar terminología y criterios comunes para llevar a cabo encuestas orientadas a la caracterización de las personas con discapacidad, acciones coordinadas y en cooperación con las organizaciones que se ocupan de las personas con discapacidad.
 - Adoptar medidas para difundir información y conocimientos en materia de la discapacidad entre todas las instancias políticas, administrativas y de planificación nacional, departamental y municipal⁶⁷.

6.1.8 Censo de 2005

La finalidad de los censos es contabilizar a los habitantes de un país y captar sus principales características socioeconómicas, así como las de sus viviendas. La inclusión del tema de la discapacidad en un censo significa captar información, por lo menos, acerca de la existencia o no de personas con discapacidad integrantes del núcleo familiar.

Cuando se está en el proceso preparatorio al próximo Censo de Población y Vivienda año 2005, la inclusión de la variable discapacidad permanece en el formulario con el mismo enfoque de las deficiencias, aun cuando presenta modificaciones en la formulación de la pregunta que la hace muy similar a la utilizada en censos de otros países latinos como Venezuela.

La ONU sugiere a los Estados incluir en los censos también las causas de la discapacidad, debido a que son importantes para planear y evaluar los programas de prevención. En razón del espacio limitado del cual se dispone en un cuestionario censal, la información sobre dichas causas puede obtenerse preguntando acerca de las condiciones generales en las que surgió la discapacidad, en vez de formular preguntas detalladas sobre enfermedades concretas. Se recomiendan cinco categorías:

- Causa congénita /prenatal
- Enfermedades
- Heridas /accidentes /traumatismos
- Causas desconocidas
- En países donde la proporción de personas de edad es elevada, se sugiere agregar la categoría de edad avanzada⁶⁸.

⁶⁷ Ibid.

Los resultados del censo pueden ofrecer información de referencia y ser útiles para investigar las variaciones en la incidencia de las discapacidades en diversos ámbitos geográficos, en particular en zonas pequeñas. No obstante, es de suma importancia tener muy claro las ventajas y desventajas que implica la recolección de información a través de esta fuente de datos, con el fin de que se pondere su utilización e interpretación de acuerdo con las metodologías empleadas para el análisis de los datos obtenidos.

El cuadro siguiente pone de relieve ambos aspectos.

Cuadro 8: Ventajas y desventajas sobre discapacidad en los censos de población

VENTAJAS	DESVENTAJAS
1. Es posible tabular datos relativos a zonas pequeñas y localizadas.	1. La materia objeto de estudio se limita a las características básicas socioeconómicas y demográficas. En la situación especial de la población con discapacidad, cabe efectuar entrevistas de alcance y profundidad limitados.
2. Se pueden calcular tasas de prevalencia para pequeñas zonas geográficas porque se reúnen también datos relativos a la población en riesgo (denominadores).	2. La recopilación de datos no es frecuente, ya que se efectúa normalmente cada 10 años. Adicional a esto el tiempo que transcurre entre la recopilación de los datos y su difusión puede ser considerable.
3. Las tabulaciones cruzadas descriptivas detalladas no están sujetas a errores de muestreo. El estudio de las causas de la discapacidad en zonas locales está expuesto, sin embargo, a limitaciones derivadas del número de observaciones. Las diferencias subyacentes puestas de manifiesto en zonas distintas se pueden atribuir al pequeño número de observaciones más que a ninguna relación de causalidad correspondiente a esa	3. La población con discapacidad tratada en instituciones puede no ser incluida en la población censal, o por lo menos en las tabulaciones descriptivas, porque en algunos países el censo sólo incluye la población no residente en instituciones.
4. Si las preguntas relativas a la discapacidad son comparables, pueden ser útiles para efectuar análisis cronológicos de las tasas de discapacidad.	4. Están sujetos a tasas elevadas de falta de respuesta debido a la complejidad y a la delicadeza de las preguntas, así como a las limitaciones del instrumento de captación.
5. El número de personas con discapacidad suele ser grande y, en consecuencia, cabe preparar tabulaciones cruzadas más detalladas, que permitan un análisis específico y complejo.	5. Hacer a un 80% o un 90% de la población total una pregunta que es probable que se conteste negativamente, para determinar la existencia de un 1% a un 20% de personas con discapacidad, es muy costoso y lleva tiempo.
6. Pueden proporcionar un marco de muestreo útil para las investigaciones sobre las poblaciones con discapacidad que, de otro modo, resultaría difícil de encontrar, como los ciegos, los sordos o los mentalmente deficientes.	6. Dada la ingente tarea que supone capacitar a personal para la realización de un censo, se puede impartir a los enumeradores una formación limitada sobre el tema de la discapacidad, que requiere pautas muy concretas.

⁶⁸ Ibid.

Con el fin de optimizar los resultados para el próximo censo nacional en materia de discapacidad el Ministerio de Educación Nacional y el DANE, se propusieron, dentro del Comité Interinstitucional, realizar un evento en el cual se aprovechen las diferentes experiencias y aportes en el proceso de construcción de una metodología y un instrumento que permita la identificación y caracterización de la población con discapacidad en todo el territorio nacional.

Es así como entre el 2 y el 4 de mayo de 2002, se llevó a cabo el evento de concertación denominado “Primer Encuentro Nacional de Información Estadística sobre Personas con Discapacidad”, en la ciudad de Bogotá, D.C., bajo la coordinación del DANE.

Durante este evento, se abordaron varios temas de vital importancia, entre los cuales se destacan: la concertación sobre la conceptualización que se utilizará sobre discapacidad para unificación criterios, enfoque, y alcance del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad; el contenido del formulario del Registro, a partir de una propuesta inicial presentada por el DANE; además, el planteamiento acerca del contenido de la pregunta que sobre discapacidad se debe formular en el próximo Censo de Población y Vivienda⁶⁹.

En el mes de julio de 2003 y luego de varias pruebas en poblaciones del país con distintas preguntas filtros y específicas sobre discapacidad, se realizó una prueba de contenido en Engativá, en donde se evidencia que las preguntas filtro no cumple el objetivo y en las otras preguntas se identifica o confunden los encuestados “condición de salud” con “enfermedad”, por lo que se propone que para el formulario censal definitivo de 2005, se elimine la pregunta filtro y se deje únicamente una pregunta de la siguiente manera:

Pregunta 35: En la vida comunitaria, en el trabajo, en el hogar o en el estudio, tiene dificultades permanentes para:

- Dificultades permanentes para moverse, caminar
- Dificultades permanentes para usar sus brazos y manos
- Dificultades permanentes para oír aun con aparatos especiales
- Dificultades permanentes para hablar o comunicarse
- Dificultades permanentes para ver a pesar de usar lentes o gafas

⁶⁹ Ibid.

- Dificultades permanentes para entender o aprender
- Dificultades permanentes para relacionarse con los demás, por problemas mentales o de nervios
- Dificultades permanentes para su autocuidado
- Dificultades permanentes para desplazarse en trechos cortos por problemas del corazón o respiratorios⁷⁰.

Esta misma pregunta, se propuso para ser incluida en la Encuesta de Calidad de Vida. Por último, en la prueba del censo realizada en mayo de 2003 en el municipio de Soacha, la cual recoge en su estructura las recomendaciones de todo este trabajo concertado interinstitucionalmente, entrega una tasa de incidencia de la discapacidad en cerca del 9,9% de la población, lo cual demuestra la precisión en el cambio de enfoque y del contenido mismo de la pregunta, ello le permite al país ir acercándose poco a poco a una tasa verdadera de la discapacidad. Igualmente, en estas condiciones, los municipios que cuenten con esta información estarán en mejores condiciones técnicas para avanzar en la posterior implementación del registro continuo⁷¹.

6.2 MARCO LEGAL

6.2.1 Plan Nacional de Intervención en Discapacidad 2005 - 2007

Este grupo de estrategias, da cumplimiento al compromiso establecido en la ley 812 de 2003, por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario”, donde se plantea que: “Para atender la situación de Discapacidad en el país se desarrollará el Plan Nacional de intervención en Discapacidad, dentro del marco de la Política Pública, con el fin de garantizar los programas y estrategias intersectoriales que prevengan las situaciones de discapacidad. Propenderá por el respeto y el reconocimiento de las diferencias que de la condición de discapacidad se derivan, así como proveer las condiciones para lograr la mayor autonomía y participación de las personas con discapacidad en los espacios cotidianos y de vida ciudadana, con la

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

participación, compromiso y solidaridad de la familia, la comunidad y el Estado”⁷².

El Plan constituye un instrumento de gestión de carácter estratégico para los organismos gubernamentales del nivel nacional. Con su desarrollo se contribuye a la implementación de la Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad contenida en el documento CONPES 80 de 2004⁷³.

El documento pretende facilitar la coordinación y ejecución de los compromisos sectoriales sobre la materia, mediante la identificación y concertación del trabajo sectorial, intersectorial e interinstitucional. Esta articulación busca la consolidación de las redes sociales e institucionales de apoyo a la discapacidad en el nivel territorial, promoviendo el desarrollo de una cultura de convivencia y respeto de los derechos fundamentales.

Cabe anotar que para consolidar la política pública de discapacidad se requiere fortalecer el proceso de construcción colectiva en el que participan de forma activa representantes del sector público, del sector privado y de la sociedad civil organizada en el nivel Nacional, y de forma análoga en los territorios, mediante la concreción de Planes de Acción Territoriales diseñados a través de los Comité Técnicos territoriales⁷⁴.

El objetivo fundamental del PNAD, es prevenir la incidencia de la discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, sus familias y su acceso efectivo a los bienes y servicios sociales mediante la coordinación y articulación de las acciones gubernamentales que se implementan desde cada sector y las entidades del orden Nacional comprometidas con el tema.

Las metas de este plan de acción para los dos próximos años, conforme a lo señalado por el Comité Consultivo Nacional de la Discapacidad y el Comité Técnico Nacional de Discapacidad, resulta prioritario garantizar que en los próximos dos años, son:

⁷² “POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD 2005–2007”. República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 80.

⁷³ Ibid

⁷⁴ Ibid.

- Sistema de información en discapacidad:
 - Realizar el Censo Nacional con variable de discapacidad.
 - Realizar el Registro de localización y caracterización en 80% de municipios del país.
- Fortalecimiento institucional:
 - Conformar y capacitar Comités departamentales en el 80% de los departamentos del país.
 - Tener validado un modelo de descentralización de la política, y aplicarlo en 25 departamentos.
- Educación:
 - Ampliar en 40.000 nuevos cupos la cobertura en educación.
 - Brindar asesoría técnica y pedagógica para la organización de la oferta a todos los distritos, departamentos, distritos y municipios certificados.
 - Publicar 7 documentos de orientaciones técnicas y pedagógicas para la atención educativa de calidad.
- Salud:
 - Ampliar la cobertura en salud a 3'900.000 cupos en régimen subsidiado.
 - Ampliar el POS para servicios de rehabilitación integral y de prevención
- Empleo:
 - Capacitar para el empleo a 19.000 personas con discapacidad
 - Crear 15 unidades productivas de personas con discapacidad y sus familias
 - Reglamentar y difundir estímulos a empresarios que contraten PconD
- Accesibilidad
 - Reglamentar acceso al transporte y dar asistencia técnica al 70% de los departamentos
 - Reglamentar acceso al espacio público y la vivienda y dar asistencia técnica al 100% de los departamentos
 - Discriminación positiva para dar acceso a programas de Vivienda de interés social
 - Desarrollar 50 puntos con tecnologías apropiadas para facilitar el acceso de la información en las diferentes regiones del país
 - Acceso a planes de cultura en 10 departamentos del país
- Estrategia de difusión de derechos de las personas con discapacidad
 - Construir e implementar estrategia nacional de difusión de los derechos de las personas con discapacidad⁷⁵.

⁷⁵ Ibid.

6.2.2 Documento Conpes social de 2004

Documentos como el Conpes Social en Colombia buscan lograr la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, entendida esta como el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad, el entorno físico, los servicios, las actividades, la información y la documentación se ponen a disposición de todos, especialmente de las personas con discapacidad.

Con este documento, además de fortalecer las estrategias de superación que caracterizan los principales avances alcanzados, se enfatiza la necesidad de diseñar y desarrollar otras para prevenir, reducir y mitigar los riesgos durante el ciclo vital. De esta manera será posible disminuir la vulnerabilidad de los individuos y las familias y la probabilidad de que el riesgo se materialice.

En este documento se somete a consideración de la nación entera, la política pública de discapacidad y los compromisos para su implementación, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2003 – 2006, “Hacia un Estado Comunitario”, así como las estrategias para su desarrollo con la participación de las instituciones del Estado en las diferentes entidades territoriales, la sociedad civil y la ciudadanía.

En este documento, se indica que las políticas, estrategias e intervenciones, de corte transversal, apuntan a la reducción de los factores de riesgo, no sólo asociados al estado de salud individual, sino frente a riesgos relacionados con la situación nutricional; el aprendizaje, el desarrollo de capacidades y habilidades laborales; los riesgos ocupacionales; eventos y situaciones sociales, como el embarazo de adolescentes⁷⁶; la violencia⁷⁷; el conflicto armado⁷⁸; la accidentalidad⁷⁹ y las barreras para la integración social y

⁷⁶ La fecundidad en adolescentes se ha incrementado al pasar de 80 por mil mujeres (10-14 años antes de la encuesta ENDS-2000) a 85 por mil mujeres (0-4 años antes de la encuesta ENDS-2000). Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C., 2000.

⁷⁷ El 47% de los dictámenes por lesiones personales son por violencia común y el 30% por violencia intrafamiliar. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Diciembre de 2002

⁷⁸ La mayoría de personas con discapacidad derivada del conflicto armado son de escasos recursos económicos. El conflicto causa discapacidad física, psicológica y laboral, que afecta a los excombatientes y a sus familias. Estas personas y familias son segregadas y excluidas. Discapacidad por guerra en Antioquia, Estudio descriptivo. IOM-ConfePaz-USAID. Agosto 2002.

⁷⁹ En Colombia hay un muerto cada 83 minutos, un herido cada 11 minutos. Las muertes disminuyeron el 3.1% y los heridos en un 8.1% en 2001. El índice de accidentalidad para 2001 fue del 5.57 por mil habitantes y el de mortalidad fue de 14.7 por 100 mil habitantes. Fondo de Prevención Vial: www.fonprevial.org.co/PDF/Est2001Resu/AccCol2001Res.pdf

productiva en el entorno social y cultural. Desde esta perspectiva, la discapacidad se constituye en un riesgo social.

El Conpes, enfoca sus contenidos a tres temas o áreas principales a saber:

- Prevención y reducción del riesgo
- Mitigación como estrategia para reducir el impacto y repercusiones del caso, y
- Superación de la crisis, tanto del afectado directo como de sus familias.

En cuanto a la prevención, se busca impulsar procesos individuales y colectivos con el fin de evitar la aparición de la condición de discapacidad (reducir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos asociados a tal condición). La construcción de entornos protectores exige la transformación de los hábitos, actitudes y comportamientos, personales y colectivos⁸⁰.

La mitigación hace referencia en el Conpes a las estrategias utilizadas para reducir el impacto o repercusión del evento, en el individuo y la familia, en caso de que el riesgo se materialice entre aquellos individuos y grupos sociales especialmente vulnerables. Los sistemas de pensiones, de riesgos profesionales, y de salud a través del aseguramiento son las principales estrategias y acciones en este sentido. Las estrategias y acciones de mitigación se establecen antes de que el evento ocurra⁸¹.

Las estrategias de superación son las dirigidas a disminuir o superar el impacto generado por la materialización del riesgo sobre la persona, la familia o la comunidad. Ante los eventos negativos, éstos y el Estado actúan de diferente forma con el fin de otorgar instrumentos que les permitan recuperar su condición inicial o aliviarla ante los hechos irreparables. Esto incluye, mecanismos que procuran la igualdad de condiciones en términos de lograr la mayor autonomía posible en las actividades que conforman el quehacer cotidiano de las personas, integración social; lo cual tendrá a su vez un efecto positivo y protector en las familias con personas con discapacidad. Estas estrategias funcionan una vez se produce el evento⁸², es decir, cuando una persona debe seguir conviviendo de manera permanente con una discapacidad.

⁸⁰ Conpes Social, documento del Consejo Nacional de Planeación, República de Colombia, política pública nacional de discapacidad, Bogotá, versión magnética julio de 2004.

⁸¹ Ibid.

⁸² Ibid.

Con relación a otros temas tratados en el Conpes como la integración social y exclusión, se encuentra que las personas con discapacidad y sus familias tienen el derecho a que se remuevan las cargas desproporcionadas que les impiden integrarse cabalmente a la sociedad, pero también tienen el deber de participar, de no autoexcluirse, de considerar que son parte activa de la sociedad y de superar el imaginario de que la discapacidad es un fuero con el que sólo se exigen beneficios y asistencia del Estado, haciendo prevalecer supuestos "derechos adquiridos" sin ejercer deberes⁸³. En este orden de ideas, la estigmatización negativa, la imputación de inferioridad, el imaginario de la sociedad y de la persona con discapacidad, deben ser superadas por la persona, la familia, la comunidad, la sociedad y el Estado⁸⁴.

En este documento se concluye que, el enfoque sobre discapacidad ha evolucionando hacia la integración social de quienes la padecen, en el marco de una protección social que garantice a toda la población (no sólo a grupos poblacionales específicos) la igualdad de oportunidades, las herramientas para el manejo del riesgo y las intervenciones para superar situaciones de crisis.

La condición de discapacidad, así como el riesgo de padecerla, constituyen situaciones que en alguna medida menoscaban las capacidades y potencialidades de los individuos que las padecen, y de las familias donde alguno de sus miembros sufre discapacidad, siendo mayor su efecto cuanto más vulnerables sean respecto a su capacidad para prevenirlas, mitigarlas o superarlas, lo cual adquiere mayor dimensión si se enfrentan con barreras sociales y culturales que impiden su adecuada integración y funcionalidad en la sociedad.

Desde el área o campo de la mitigación, se enfoca el documento en los siguientes puntos:

- Aseguramiento en salud.
- Aseguramiento frente a riesgos profesionales.
- Sistema General de Pensiones.
- Superación
- Servicios de rehabilitación, pues la evidencia existente muestra que en la prestación de estos servicios, del total de personas con discapacidad que

⁸³ Corte Constitucional. Sentencia T-595-02.

⁸⁴ Ibid.

declaró haberlos recibido (11%), el 50% lo hizo en un establecimiento público y el 37% en instituciones privadas.

- Barreras y prácticas institucionales. Este es un aspecto que dificulta la superación de la situación de discapacidad. En la sociedad se presenta una percepción negativa de la discapacidad, además de las barreras tradicionales como el acceso a los servicios y la accesibilidad a los espacios.
- Empleo
- Acceso a educación
- Sector cultura, y
- Comunicaciones.

La presente política nacional de discapacidad, se enmarca en el contexto de la protección y el manejo social del riesgo. Por tanto, contempla estrategias para que las personas, las familias, las organizaciones no gubernamentales, el Estado, la sociedad y sus instituciones, puedan prevenir el riesgo, mitigar y superar la materialización del mismo, como también reducir la vulnerabilidad a la discapacidad, protegiendo el bienestar de la población y su capital humano. Para ello, bajo un marco de corresponsabilidad, es necesario identificar los riesgos, diseñar e implementar intervenciones para evitar la discriminación y exclusión social⁸⁵.

6.2.3 Ley 715 de 2001

La ley 715 del 21 de diciembre de 2001, es la ley por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud en Colombia.

En esta ley se plantea que el Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la presente ley⁸⁶.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, Artículo 1, versión magnética.

En esta ley se tratan además las competencias y disposiciones legales que tienen los departamentos frente al tema de la salud. Aquí se establece que corresponde a los departamentos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia⁸⁷.

En la presente ley no se hace referencia explícita sobre la población de personas con discapacidad, así como tampoco se trata la prevención de la discapacidad concretamente en ninguno de sus artículos, lo que se menciona y como se hace en la ley 100 de 1993, es tratar el tema de la prevención de manera global o programas, planes y proyectos en salud como se referencia en los siguientes artículos.

Para que los departamentos puedan dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, se le asignan unas concretas y variadas funciones entre las que se encuentra formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional; así como también adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas⁸⁸.

La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción⁸⁹.

Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el

⁸⁷ LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, Artículo 2, versión magnética.

⁸⁸ LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, Artículo 43, numeral 1.1 y 1.2, versión magnética.

⁸⁹ LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, Artículo 46, versión magnética.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones⁹⁰.

Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria⁹¹.

6.2.4 Ley 361 de 1997

Con esta ley, se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones. Esta ley que también es conocida como la ley Clopatofsky, pues su principal promotor fue el Senador Jairo Clopatofsky fue terminada el 7 de febrero de 1997, tiene cinco títulos, diez capítulos y 73 artículos.

Los principios que inspiran la presente ley, se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional reconoce en consideración a la dignidad que le es propia a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.

Los artículos que se toman como base o soporte legal a esta investigación, por su relación con la seguridad y políticas sociales brindadas por el Estado, son los siguientes:

Art. 4.- Las ramas del poder público pondrán a disposición todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo 1 de la presente ley, siendo obligación ineludible del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y la rehabilitación adecuadas, la educación apropiada, la orientación, la integración laboral, la garantía de los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Ibid.

Para estos efectos estarán obligados a participar para su eficaz realización la administración central, el sector descentralizado, las administraciones departamentales, distritales y municipales, todas las corporaciones públicas y privadas del país.

Art. 5.- Las personas con limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carnet de afilado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado.

Para tal efecto las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carnet de afilado, para lo cual solicitarán en el formulario de afiliación la información respectiva la verificarán a través de diagnóstico médico en caso de que dicha limitación no sea evidente.

Art. 6.- Constitúyese el "Comité Consultivo Nacional de las personas con Limitación" como asesor institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado. Dicho Comité tendrá carácter permanente y estará coordinado por una Consejería Presidencial designada para tal efecto.

Será así mismo función del Comité, velar por el debido cumplimiento de las disposiciones y principios establecidos en esta ley, y deberá además promover las labores de coordinación interinstitucional conformando grupos de enlace sectorial con los Ministros de Salud, Educación, Trabajo y Seguridad Social, Transporte, Desarrollo Económico, Comunicaciones, Hacienda y las demás entidades y organismos que se estime conveniente vincular.

Este artículo, es reglamentado por el Decreto 276 del año 2000, del que se tratará más adelante.

Art. 7.- El Gobierno junto con el Comité Consultivo velará porque se tomen las medidas preventivas necesarias para disminuir y en lo posible eliminar las distintas circunstancias causantes de limitación, evitando de este modo consecuencias físicas y psicosociales posteriores que pueden llevar hasta la propia minusvalía, tales como: el control pre y post natal, el mejoramiento de las prácticas nutricionales, el mejoramiento de las acciones educativas en salud, el mejoramiento de los servicios sanitarios, la debida educación en

materia de higiene y de seguridad en el hogar, en el trabajo y en el medio ambiente, el control de accidentes, entre otras.

Lo previsto en este artículo incluye las medidas de apoyo, diagnóstico de deficiencia, discapacidad y minusvalía y las acciones terapéuticas correspondientes realizadas por profesionales especializados en el campo médico, de la enfermería y terapéutico.

Art. 19.- Los limitados de escasos recursos serán beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social establecido en la Ley 100 de 1993. Para los efectos de este artículo y con el fin de ampliar la oferta de servicios a la población con limitación beneficiaria de dicho régimen, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establecido en la ley 100 de 1993, deberá incluir en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, los servicios de tratamiento y rehabilitación de la población con limitación, lo cual deberá ser plasmado en un decreto expedido por el Ministerio de Salud.

Art. 29.- Serán beneficiarios del mismo Régimen Subsidiado, las personas con limitación que con base en certificación médica autorizada no puedan gozar de un empleo médico competitivo que les produzca ingresos al menos equivalentes al salario mínimo legal vigente.

Art. 35.- En desarrollo de lo establecido en los artículos 10, 13, 47, 54, 68, 366 de la Constitución Política, el Estado garantizará que las personas con limitación reciban la atención social que requieran, según su grado de limitación.

Dentro de dichos servicios se dará especial prioridad a las labores de información y orientación familiar; así como la instalación de residencias, hogares comunitarios y la realización de actividades culturales, deportivas y recreativas.

6.2.5 Ley 100 de 1993

Con la ley 100 de 1993 se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Se debe entender el Sistema General de Seguridad Social en Salud como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos

que tienen como función esencial velar porque los habitantes del territorio nacional obtengan:

- El aseguramiento de sus riesgos en salud;
- El acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de salud de calidad, y
- Los beneficios de la promoción y protección de la salud pública. En el desarrollo de este servicio público deberán adelantarse actividades de fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad⁹².

De lo cual se deduce, que los habitantes del territorio nacional que conviven o sobreviven con una discapacidad, también tienen el derecho de pertenecer y beneficiarse de este sistema de seguridad social integral, pues se afirma que “forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, todas las personas y entidades públicas, privadas o de cualquier naturaleza, que adelanten actividades de aseguramiento de riesgos de salud, prestación de servicios de salud, y promoción y protección de la salud pública bajo cualquier modalidad, como también, en lo pertinente, entidades de otros sectores que realizan procesos y actividades similares a las descritas, o conexas con estas...”⁹³.

Se tiene como primera medida y como se expresa en el artículo 13 de la presente ley, que al Sistema General de Pensiones la afiliación es obligatoria para todos los trabajadores dependientes salvo lo previsto para los trabajadores independientes; quien para tal efecto manifestará por escrito su elección al momento de la vinculación o del traslado. El empleador o cualquier persona natural o jurídica que desconozca este derecho en cualquier forma, se hará acreedor a las sanciones ya establecidas.

El Fondo de Solidaridad Pensional que tiene por objeto subsidiar los aportes al Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano, estará destinado a ampliar la cobertura mediante el subsidio a los grupos de población que, por sus características y condiciones socioeconómicas, no tienen acceso a los sistemas de seguridad social, tales como trabajadores independientes o desempleados,

⁹² LEY 100 DE 1993, Artículo 1, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética, de 23 de diciembre de 1993

⁹³ LEY 100 DE 1993, Artículo 1, parágrafo, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética, de 23 de diciembre de 1993

artistas, deportistas, madres comunitarias y discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales.

En este mismo fondo, se crea una subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, destinado a la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante un subsidio económico, cuyo origen, monto y regulación se establece en esta ley. La edad para acceder a esta protección será en todo caso tres (3) años inferior a la que rija en el sistema general de pensiones para los afiliados⁹⁴.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, existen dos clases de afiliados. Uno de estos son las personas afiliadas al Sistema mediante el régimen contributivo vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley⁹⁵.

La otra clase de afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen⁹⁶, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago⁹⁷.

⁹⁴ LEY 100 DE 1993, Artículo 13, literal i, parágrafo, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética, de 23 de diciembre de 1993

⁹⁵ LEY 100 DE 1993, Capítulo II, Artículo 157, parágrafo, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética, de 23 de diciembre de 1993

⁹⁶ Hansen o Lepra, enfermedad infecciosa crónica de humanos que afecta a la piel, membranas mucosas y nervios. Causada por un bacilo con forma de bastón, *Mycobacterium leprae*, similar al bacilo de la tuberculosis. Identificado en 1874 por el médico noruego Gerhard Armauer Hansen.

⁹⁷ Ibid.

Ahora bien, desde el punto de vista de la prevención, se encuentran algunos apartes de la ley en donde se hace referencia a este tema pero enfocado principalmente a la prevención de las enfermedades, más no de la prevención de la discapacidad como tal, como los que se consignan a continuación:

Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

- Equidad...
- Obligatoriedad...
- Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud.
- Libre escogencia...⁹⁸

El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías...⁹⁹.

Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos...¹⁰⁰.

⁹⁸ LEY 100 DE 1993, Artículo 153, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética, de 23 de diciembre de 1993

⁹⁹ LEY 100 DE 1993, Artículo 162, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética, de 23 de diciembre de 1993

¹⁰⁰ LEY 100 DE 1993, Artículo 179, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética, de 23 de diciembre de 1993

6.2.6 Constitución política de 1991

La Constitución Política de 1991, consagró el papel del Estado en la protección especial para los “grupos marginados o desaventajados de la sociedad que, en razón a su situación suelen ver limitado el ejercicio y el goce efectivo de sus derechos fundamentales”¹⁰¹, como es el caso de las personas con discapacidad.

Particularmente, en su artículo 47, define que el Estado debe adelantar una política de integración social para los discapacitados. De esta manera la acción del Estado colombiano se ha desarrollado bajo los preceptos y principios constitucionales y en respuesta a la preocupación internacional y regional sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad¹⁰².

Art. 13. -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 por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

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.

Art. 54.- Toda construcción temporal o permanente que pueda ofrecer peligro para las personas con limitación, deberá estar provista de la protección correspondiente y de la adecuada señalización.

¹⁰¹ Constitución Política de 1991, artículos 13, 24, 47, 54 y 68. Corte Constitucional, Sentencia T-595-02.

¹⁰² “Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad” –85ª sesión plenaria, de la Asamblea de las Naciones Unidas reunida el 20 de diciembre de 1993-, cuyo componente fue tomado de las experiencias que dejó el “Decenio de la Naciones Unidas para los Impedidos” –1983-1992. También cabe citar, entre otras, las declaraciones sobre el Progreso y Desarrollo en lo social, sobre los Derechos del Retrasado Mental y de los Impedidos, al igual que la que adopta el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, así como la resolución sobre los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Tomado de Documento Conpes Social, Política Pública Nacional de Discapacidad, versión aprobada, medio magnético, Bogotá, 26 de julio de 2004)

Art. 68.- El lenguaje utilizado por personas sordas, es un medio válido de manifestación de la voluntad y será reconocido como tal por todas las autoridades públicas y privadas.

6.2.7 Otras Leyes y Decretos

En Colombia, con anterioridad a la Constitución Política de 1991, se habían dado algunas disposiciones con respecto a la discapacidad, vale citar por ejemplo, el Decreto 2358 de 1981 que crea el Sistema Nacional de Rehabilitación; la Ley 50 de 1988 y el Decreto 2177, que normatizan aspectos de educación, readaptación y reubicación laboral; y la Ley 82 de 1989 que ratificó el Convenio 159 de la OIT, sin embargo a partir de la expedición de la Carta Magna, se ha venido consolidando un marco jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad, y al mismo tiempo las obligaciones del Estado y la sociedad para con ellos¹⁰³.

La Ley 361 de 1997 ya citada en este subcapítulo, en especial en su Artículo 6º, está reglamentada actualmente mediante el Decreto 276 de 2000, que establece la conformación, define las funciones y señala el funcionamiento del Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, fija las funciones del Secretario Técnico, define la coordinación del Comité Consultivo Nacional en la Consejería Presidencial para la Política Social y reglamenta la conformación y funciones de los Grupos de Enlace Sectorial.

Igualmente, la Ley 762 de julio 31 de 2002, mediante la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, consagra de manera específica la prohibición de cualquier forma de discriminación o exclusión de las personas con discapacidad¹⁰⁴.

A nivel sectorial, se han aplicado otras normas, que en su conjunto son de carácter universal y por tanto cobijan a toda la población. Pero, también en esta juridicidad se encuentran una serie de preceptos normativos específicos para el caso de la discapacidad:

¹⁰³ POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD 2005–2007”. República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 80.

¹⁰⁴ Ibid.

En salud, empleo y protección social:

Mediante el Decreto 205 de 2003 se fusionan los Ministerios de Salud y de Trabajo en el Ministerio de Protección Social, a quien se le atribuye la competencia, específica de “Proponer y promover la ejecución de políticas de readaptación profesional y generación de empleo para personas con discapacidad, en coordinación con las demás Direcciones Generales del Ministerio,¹⁰⁵ es decir con las Direcciones de Salud Pública, de Riesgos profesionales, de Empleo, entre otras.

Dentro de este marco se han desarrollado otras normas para el sector salud, los Decretos: el 2226 de 1996 y 1152/99 que asignan al Ministerio de Salud la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados¹⁰⁶.

Las Resoluciones: 5261 de 1994 que adopta el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud, en el que se incluyen las actividades y procedimientos de rehabilitación; la resolución 4288 de 1996 define el Plan de Atención Básica que contiene acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para toda la población, la 3165 de 1996, adopta los lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías;

Las Resoluciones, 3374 de 2000 que reglamenta el sistema de información del Ministerio de Salud; 238 de 1999 “Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud...” quedando incluidos los servicios relacionados con psiquiatría, medicina física y rehabilitación, terapia ocupacional, física y del lenguaje, etc.; la 1896 de 2001 adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, incluyendo los procedimientos relacionados con el desempeño funcional y la rehabilitación; la resolución 412 de 2000 y la 3384 de 2000, establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, adoptan las normas técnicas y guías de atención para eventos

¹⁰⁵ Artículo 28. Funciones de la Dirección de Promoción Social.

¹⁰⁶ Ibid.

de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública¹⁰⁷.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha expedido los Acuerdos: 72 de 1997 “Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado”; 74 de 1997, que adiciona al Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado la atención necesaria para la Rehabilitación Funcional de las personas con deficiencia, discapacidad o minusvalía; 77 de 1997, que define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado, incluyendo como prioritizables para la afiliación a la población con limitaciones físicas, síquicas o sensoriales; el 117 de 1998 “Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública”¹⁰⁸.

En relación con el financiamiento en el sector salud, se expidió la Ley 643 de 2001 “Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar” en su Artículo 42 prevé dentro de la destinación de las rentas del monopolio al sector salud, que el 4% debe destinarse a la vinculación al Régimen Subsidiado de los discapacitados, limitados visuales y salud mental.

El Ministerio de Trabajo expidió los Decretos: 970 de 1994 que promulga el Convenio sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas; 1295 de 1994; que establece las prestaciones económicas y asistenciales para los trabajadores que sufren accidentes de trabajo y/o se les diagnostica enfermedad profesional, 917 de 1999 sobre el “Manual Único de calificación de pérdida de capacidad laboral”; 1128 de 1999 reestructura el Ministerio y se incluye la asignación de funciones con respecto al tema de discapacidad; 1530 de 1996, en el artículo 6, numeral 3, se estipula que: “Las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán acreditar semestralmente ante la Dirección General de Riesgos Profesionales, infraestructura propia ó contratada, que garantice el cubrimiento para sus afiliados de los servicios de rehabilitación, de prevención y de asesoría que les compete”¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Ibid.

Accesibilidad:

Adicionalmente, está el Decreto número 1538 del 7 de mayo de 2005 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997” para establecer las condiciones básicas de accesibilidad al espacio público y la vivienda¹¹⁰.

Para favorecer el acceso a la vivienda, El decreto número 975 del 31 de marzo de 2004 que reglamenta parcialmente las Leyes 49 de 1990, 3 de 1991, 388 de 1997, 546 de 1999, 789 de 2002 y 812 de 2003 en relación con el Subsidio Familiar de Vivienda de Interés Social establece una discriminación positiva para facilitar el acceso de las personas con discapacidad a este subsidio de vivienda¹¹¹.

6.3 MARCO CONCEPTUAL

6.3.1 Discapacidad

El problema exige desde lo político, no sólo reformas en la atención de la salud, sino nuevas concepciones sociales que permitan el pleno ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos de las personas con discapacidad. En 1996, el Ministerio de Salud publicó los “Lineamientos de Atención en Salud para las personas con deficiencias, discapacidad y /o minusvalía”. Dicha publicación recogió los desarrollos conceptuales de la década (modelo social) liderados por parte de la OMS, donde la discapacidad era un término genérico que indicaba los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una condición de salud y su entorno¹¹².

En mayo de 2001, se presentó a la 54a. Asamblea Mundial de la Salud, el documento “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad (CIDDM2 - CIF)”, en el cual se busca la integración de los modelos médico y social. El enfoque ahora denominado biopsicosocial, propone incluir la multidimensionalidad dentro del concepto de la discapacidad, desde lo biológico, lo emocional y lo social¹¹³.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Información Estadística de la Discapacidad, DANE, Versión preliminar, formato pdf, julio de 2004.

¹¹³ Ibid.

“La discapacidad no es algo que se tiene (por ejemplo, ojos azules) ni algo que se es (por ejemplo, bajo o delgado), sino que se entiende como un estado de funcionamiento que describe el ajuste entre las capacidades del individuo, la estructura y expectativas de su entorno personal y social”¹¹⁴. Se observa cómo, en la medida en que el entorno ofrezca más complejidad, es mayor la demanda de capacidades que debe poseer la persona y viceversa, pero realmente el problema no es si el entorno es complejo o simple.

El punto a considerar es qué tan saludable o positivo es el ambiente en donde se desenvuelve la persona con discapacidad. Un entorno saludable proporciona oportunidades al individuo, fomenta su crecimiento, desarrolla su bienestar físico, emocional y social, mejora su calidad de vida.

Al reconocer a la persona con discapacidad como un ser biopsicosocial, se le está reconociendo dentro de un entorno sociocultural único. La interrelación entre estos cuatro ejes (biológico, psicológico, social y entorno), permite que la integridad considere –a través de todo el proceso– el proyecto de vida de la persona con discapacidad. Facilita, además, el reconocimiento de la familia y la comunidad como soporte fundamental para liderar la propuesta de vida de su familiar con discapacidad, mediante información y soporte permanente. La corresponsabilidad que tienen el Estado, la familia y la comunidad, permite su articulación con las leyes y normas existentes¹¹⁵.

La discapacidad debe ser vista como una condición integral de la persona la cual excede cualquier ámbito sectorial. Por ello, para una adecuada intervención “... se deben generar objetivos y estrategias desde la salud, la educación, el trabajo, el bienestar familiar y social y dirigir sus acciones más al fortalecimiento de las habilidades y potencialidades del individuo que a sus carencias”¹¹⁶.

Las causas de la discapacidad son muy diversas, se relacionan con lo biológico y sociocultural, y en ellas el medio físico y social desempeña un papel preponderante; e importancia de su conocimiento radica en que se constituyen en herramienta fundamental para planear y evaluar los programas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Ibid.

El número de personas con discapacidad, el tipo de deficiencias, así como las causas y consecuencias de las mismas, varían en todo el mundo dependiendo de las condiciones socioeconómicas y de las políticas o medidas que las sociedades emprenden a favor del bienestar de su población.

La Organización Mundial de la Salud, define: deficiencia como " Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica", y discapacidad como "Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano".

Con la palabra "discapacidad" se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio¹¹⁷.

6.3.2 Minusvalía

Es definida igualmente por la OMS, como toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)¹¹⁸.

Minusvalía es la pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás. La palabra "minusvalía" describe la situación de la persona con discapacidad en función de su entorno. Esa palabra tiene por finalidad centrar el interés en las deficiencias de diseño del entorno físico y de muchas actividades organizadas de la sociedad, por ejemplo, información, comunicación y educación, que se oponen a que las personas con discapacidad participen en condiciones de igualdad¹¹⁹.

¹¹⁷ www.escalonesno/indice/definiciones.htm

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Ibid.

El empleo de las palabras, "discapacidad" y "minusvalía", debe considerarse teniendo en cuenta la historia moderna de la discapacidad. Durante el decenio de 1970, los representantes de organizaciones de personas con discapacidad y de profesionales en la esfera de la discapacidad se opusieron firmemente a la terminología que se utilizaba en la ocasión. Estas palabras, se utilizaban a menudo de manera poco clara y confusa, lo que era perjudicial para las medidas normativas y la acción política. La terminología reflejaba un enfoque médico y de diagnóstico que hacía caso omiso de las imperfecciones y deficiencias de la sociedad circundante.

6.3.3 Vida independiente

Los inicios del movimiento se ubican a principios de la década de los 70, en Berkely, California, en dónde, en 1972, Ed Roberts y John Hessler instalan el primer Centro de Vida Independiente. Vida Independiente es un movimiento que impulsado por las personas con discapacidad y que surge desde las Universidades y gracias a asociaciones de veteranos de la segunda guerra mundial. Es un movimiento de personas con discapacidad para personas con discapacidad. Su objetivo principal era entonces y como lo es ahora, sacar a las personas con discapacidad de los hospitales e instituciones, e incluso de sus propias casas, en donde se hallaban recluidas, para reintegrarlas a la comunidad, sin perder los derechos que como ciudadanos siguen teniendo, por ejemplo, el de una protección social integral¹²⁰.

El movimiento surge como una respuesta a diversas condiciones que existen en la sociedad como son los estereotipos y los prejuicios. La discriminación que éstos provocan está basada primordialmente en nociones y no en hechos, en ideas pre - formadas, y no en realidades. Vida independiente surge para decir que tener discapacidad no es ninguna tragedia, para decir que no hay que pedir perdón por tener una discapacidad. Vida independiente surge para romper estereotipos sociales tales como:

- Una persona con discapacidad no puede trabajar
- No puede manejar
- Son ciudadanos de segunda
- No puede cuidarse a sí misma
- No debe recibir la misma atención en salud

¹²⁰ www.movimientointernacionalvidaindependiente.htm

- Es incompetente para estar a cargo de su propia vida¹²¹.

Vida Independiente significa tomar el control de sus propias vidas. Es un concepto que parte de la aceptación de la discapacidad como un hecho real que implica ciertas limitaciones o mayor dificultad para realizar ciertas actividades; pero de ningún modo ser una persona con discapacidad, significa tener menor valor como ser humano. Vida independiente plantea la dignificación de las personas con discapacidad excluyendo la lástima (propia y ajena). Pugna por erradicar los prejuicios que conducen a la subvaloración o a la sobrevaloración de una persona por el hecho de tener una discapacidad¹²².

La seguridad social integral es un objetivo principal del movimiento de Vida Independiente. Esta se logra a través de la interacción de personas con y sin discapacidad; algunos estudios han demostrado que las personas sin discapacidad que conviven con personas con algún tipo de discapacidad, tienden a ampliar sus concepciones, y a romper estereotipos excluyentes. En este sentido el movimiento internacional de vida independiente incluye a personas con y sin discapacidad, sin embargo las decisiones deben ser tomadas por las personas con discapacidad pues son ellas quienes conocen sus verdaderas necesidades y pueden, gracias a la experiencia, proponer e implementar soluciones reales. Solamente ellas pueden determinar cuales de los servicios en salud les son necesarios, qué modificaciones resultan imprescindibles, y cuáles aplicaciones son las más viables¹²³.

6.3.4 Tipos de discapacidad

- Condiciones sensoriales:
 - Limitación auditiva (discapacidad auditiva): Deficiencia en la audición, ya sea permanente o fluctuante, que afecta adversamente el rendimiento educativo del niño pero que no se incluye bajo la definición de “sordera.”
 - Sordera: Deficiencia auditiva tan severa que el niño está impedido para procesar información lingüística a través del oído, con o sin amplificación, la cual afecta adversamente el rendimiento académico del niño.
 - Limitación visual (discapacidad visual), incluyendo ceguera: Deficiencia de la visión que, aún con su corrección, afecta adversamente al rendimiento

¹²¹ Ibid.

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid.

- académico del niño. El término incluye tanto la visión parcial como la ceguera. La deficiencia visual para cualquier niño significa:
- una deficiencia visual, no de naturaleza perceptual, que resulta en una medida de agudeza visual de 20/70 o más pobre en el mejor ojo con corrección; o
 - una condición física del ojo que afecta el funcionamiento visual a tal grado que se requiere una ubicación educativa con servicios y/o materiales especiales.
- Sordo-ceguera: Deficiencias auditivas y visuales concomitantes (simultáneas). Esta combinación causa necesidades en la comunicación y otras necesidades educacionales y del desarrollo que no se pueden atender en los programas de educación especial sólo para niños sordos o niños ciegos¹²⁴.
- Condiciones cognitivas y psicoemocionales:
- Discapacidad cognitiva (retardo mental): Funcionamiento intelectual general significativamente por debajo del promedio, existe concurrentemente [al mismo tiempo] con déficit en la conducta adaptativa y se manifiesta durante el desarrollo, afecta de manera adversa el rendimiento o desempeño académico del niño.
- Un “funcionamiento intelectual general significativamente por debajo del promedio” se refiere a un coeficiente intelectual de 70 o menos determinado a través de una medida de funcionamiento cognoscitivo administrado por un psicólogo educativo o por un psicólogo calificado para la administración de tests de aplicación individual. Con base en el error de medida estándar y el juicio clínico, se puede determinar que un niño tiene un funcionamiento intelectual general significativamente por debajo del promedio con un coeficiente intelectual que no exceda los 75.
 - Una “deficiencia en el comportamiento adaptativo” significa deficiencia en dos o más áreas de habilidades, por ejemplo, área de autoayuda, atención o ajuste al cambio, entre otras, que ocurren en el contexto del ambiente del niño y que son típicas de los pares cronológicos del niño¹²⁵.

¹²⁴ Definición de variables pertinentes para la identificación de población con discapacidad o capacidades excepcionales, República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Informe final Taller con Discapacidad. pdf, Octubre 7 de 2003.

¹²⁵ Ibid.

- **Autismo:** Discapacidad psicoemocional del desarrollo que afecta de manera significativa la comunicación verbal y no-verbal y la interacción social, generalmente evidente antes de los 3 años de edad y que afecta desfavorablemente el desempeño académico del niño. Otras características que se asocian frecuentemente con el autismo son la presencia de actividades repetitivas y movimientos estereotipados, la resistencia a cambios ambientales o cambios en las rutinas diarias y las respuestas inusuales a las experiencias sensoriales. Un niño que exhibe las características de autismo después de los 3 años de edad podría ser diagnosticado como niño con autismo si se satisfacen los criterios mencionados arriba.
- **Discapacidad emocional:** Condición psicoemocional que exhibe una o más de las siguientes características durante un largo período y en un grado marcado que afecta adversamente el rendimiento académico del niño:
 - una inhabilidad para aprender que no puede explicarse por factores intelectuales, sensoriales, o de la salud;
 - una inhabilidad para construir o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con sus compañeros y maestros;
 - tipos inapropiados de comportamientos o sentimientos bajo circunstancias normales;
 - un estado de ánimo general de tristeza o depresión; o
 - una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con problemas personales o escolares.
 - El término incluye a los niños con esquizofrenia. El término no se aplica a los niños que tienen desajustes sociales, a menos que se determine que tienen un disturbio emocional¹²⁶.
- **Condiciones motoras:**
 - **Discapacidad motora:** Deficiencia ortopédica¹²⁷ severa que afecta adversamente el rendimiento académico del niño. El término incluye deficiencias causadas por una anomalía congénita (por ejemplo, el pie equino varo, la ausencia de un miembro, etc.), deficiencias causadas por enfermedad (por ejemplo, poliomielitis, tuberculosis de los huesos, etc.), y deficiencias por otras causas (por ejemplo, parálisis cerebral, amputaciones, y fracturas o quemaduras que causan contracturas).

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Relativo a las deformidades {en particular osteomusculares} del cuerpo humano. .

- Condiciones de la comunicación o del aprendizaje:
 - Discapacidad de comunicación (habla y/o lenguaje): Desorden de la comunicación como por ejemplo, dificultades en la comprensión o expresión del lenguaje, tartamudeo, deficiencia de la articulación, deficiencia del lenguaje, o deficiencia de la voz, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño.
 - Discapacidad específica del aprendizaje: Desorden en uno o más de los procesos psicológicos básicos involucrados en la comprensión o uso del lenguaje, oral o escrito, que puede manifestarse en una habilidad imperfecta para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear, o hacer cálculos matemáticos. El término incluye condiciones tales como discapacidades perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia, y afasia del desarrollo. El término no incluye los problemas del aprendizaje que son principalmente el resultado de discapacidades visuales, auditivas o motrices, del retraso mental, de disturbio emocional, o de las desventajas culturales, económicas, o ambientales.
 - Deficiencia de atención/ desorden de hiperactividad: Condición que hace difícil que una persona pueda sentarse tranquila, controlar su conducta y poner atención. Estas dificultades comienzan generalmente antes de que la persona cumpla siete años de edad. Sin embargo, estas conductas pueden ser ignoradas hasta que el niño sea mucho mayor. Se han encontrado tres tipos de deficiencia de atención:
 - tipo desatento: la persona no puede ni enfocarse ni mantenerse enfocada en una tarea o actividad;
 - tipo hiperactivo-impulsivo: la persona es muy activa y a menudo actúa sin pensar; y
 - tipo combinado: la persona es inatenta, impulsiva y demasiado activa¹²⁸.
- Condiciones múltiples:
 - Discapacidades múltiples: Deficiencias concomitantes [simultáneas] (tales como el retraso mental-ceguera, retraso mental-deficiencia ortopédica, etc.), cuya combinación causa necesidades educativas tan intensas que los niños no se pueden acomodar en un programa de educación especial dedicado únicamente a una de las deficiencias. El término no incluye sordo-ceguera.

¹²⁸ Definición de variables pertinentes para la identificación de población con discapacidad o capacidades excepcionales, República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Informe final Taller con Discapacidad. pdf, Octubre 7 de 2003.

- Lesión cerebral traumática: Herida al cerebro adquirida, causada por alguna fuerza física externa o por otra condición médica, que incluye pero no se limita a evento vascular, anoxia, enfermedades infecciosas, aneurisma, tumores cerebrales y lesiones neurológicas resultantes de tratamientos médicos o quirúrgicos. La lesión tiene como resultado una discapacidad funcional, total o parcial, una deficiencia psicosocial, o ambas, que afecta adversamente el rendimiento académico del niño. El término se aplica a la lesión cerebral abierta o cerrada que resulta en deficiencia en una o más áreas, tales como la cognición; el lenguaje; la memoria; la atención; el razonamiento; el pensamiento abstracto; el juicio; la resolución de problemas; las habilidades sensoriales, perceptuales, y motrices; la conducta psicosocial; las funciones físicas; el procesamiento de información; y el habla. El término no incluye ni las lesiones cerebrales que son congénitas o degenerativas ni las lesiones cerebrales inducidas por trauma al nacer¹²⁹.

6.3.5 Grados de la discapacidad

Un elemento importante dentro del conocimiento de la discapacidad, es el grado en que ésta se presenta o compromete a la persona. Por otro lado, existe la necesidad de conocer el nivel de restricción en el desempeño propio de la persona en relación con su edad y sexo, para lo cual se utilizaba la siguiente clasificación:

- Leve, cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfiere en su productividad.
- Moderada, cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad.
- Grave, cuando la reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo¹³⁰.

6.3.6 Prevención y rehabilitación

- Prevención:

Por prevención se entiende la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ Ibid.

(prevención primaria) o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente (prevención secundaria)¹³¹.

La prevención puede incluir muchos tipos de acción diferentes, como atención primaria de la salud, puericultura prenatal y postnatal, educación en materia de nutrición, campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles, medidas de lucha contra las enfermedades endémicas, normas y programas de seguridad para la prevención de accidentes en diferentes entornos, incluidas la adaptación de los lugares de trabajo para evitar discapacidades y enfermedades profesionales, y prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente u ocasionada por los conflictos armados¹³².

- Rehabilitación:

La rehabilitación en este caso, es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional¹³³.

El proceso de rehabilitación no supone solamente la prestación de atención médica preliminar, este abarca también una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional o laboral, social, familiar, sexual o espiritual¹³⁴.

6.3.7 Asodisneiva

La entidad municipal más grande en cuanto a cobertura poblacional o afiliación de personas con discapacidad, es “ASODISNEIVA”, que significa Asociación de Entidades de Personas con Discapacidad de Neiva y el Huila, ubicada en la Cra 7 B No. 21 – 45 de Neiva y cuyo presidente y representante legal actual es el señor José William Salcedo.

¹³¹ www.escalonesno/conceptos-kj4-.htm

¹³² Ibid.

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Ibid.

Asodisneiva, es una entidad sin ánimo de lucro creada por un grupo de dirigentes de las diferentes entidades de y para discapacitados preocupados por sus afiliados y su calidad de vida uniendo esfuerzos para sensibilizar y aprender a vivir en comunidad. Brindando servicios de, Asesoría, Coordinación, Gestión de proyectos, Apoyo institucional, Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación, Recreación, Evaluación y Diagnostico.

La visión de Asodisneiva, es la de proyectar al discapacitado en todos los campos para que sea una persona útil y valiosa para la sociedad. De igual manera, tiene como misión velar por los derechos fundamentales del discapacitado, presentando proyectos ante los diferentes estamentos que beneficien y ayuden a la rehabilitación social, laboral e integral del mismo.

6.3.8 Otros conceptos

Se entiende por “accesibilidad”, la posibilidad, incluso por parte de personas con capacidad motriz o sensorial reducida o impedida, de llegar al edificio y a sus unidades individuales inmobiliarias y ambientales, de acceder fácilmente a los mismos y de disfrutar de sus espacios y enseres en adecuadas condiciones de seguridad y autonomía¹³⁵.

Los “accesibles”, son entonces aquellos locales, que sin tener servicios adaptados, y aunque tengan un escalón pequeño carece de otro tipo de barreras, y tiene servicios en los que entra la silla de ruedas aunque no tengan instaladas barras de sujeción por ejemplo¹³⁶.

Visitabilidad, es la posibilidad, incluso por parte de personas con capacidad motriz o sensorial reducida o impedida, de acceder a los espacios de relación y a un servicio higiénico, por lo menos, en cada unidad inmobiliaria. Se denominan espacios de relación, a los dedicados a las reuniones o comidas de la vivienda y a los lugares de trabajo, servicio y encuentro en los que el ciudadano entra en relación con la función que se desarrolle en ellos¹³⁷.

La Adaptabilidad, es la posibilidad de modificar en el tiempo el espacio construido con costes limitados, con el fin de hacerlo aprovechable total y

¹³⁵ www.escalonesno/indice.htm

¹³⁶ www.minusval2000_com-accesibilidad.htm

¹³⁷ www.escalonesno/indice.htm

fácilmente, incluso para las personas con capacidad motriz o sensorial reducida o impedida. Los denominamos “adaptados”, serán aquellos lugares turísticos, hoteleros o de utilidad pública que tienen baños en los que se han tenido en cuenta medidas que la ley enmarca u otras que facilitan mucho la movilidad del discapacitado, sin andar midiendo la correcta colocación de la altura de las barras o si las que han puesto está homologada o no¹³⁸.

Barreras son aquellas trabas e impedimentos sociales, económicos o arquitectónicos que dificultan la integración de las personas en la sociedad. Hay barreras de diversas clases pero, las que más se reconocen son las arquitectónicas. Se definen como todos aquellos obstáculos físicos que limitan la libertad de movimientos de las personas en dos grandes campos¹³⁹:

- La accesibilidad: vías públicas, espacios libres y edificios, y
- El desplazamiento: medios de transporte.

Hay varias clases de barreras arquitectónicas:

- Urbanísticas: son las que se encuentran en las vías y espacios públicos: aceras, pasos a distinto nivel, obstáculos, parques y jardines no accesibles, muebles urbanos inadecuados...
- En el transporte: se encuentran en los medios de desplazamiento e incluyen tanto la imposibilidad de utilizar el autobús, el metro, el tren..., como las dificultades para el uso del vehículo propio.
- En la edificación: están en el interior, o en los accesos, de los edificios: escalones, pasillos y puertas estrechas, ascensores reducidos, servicios de pequeñas dimensiones¹⁴⁰.

Las barreras urbanísticas como aquellos obstáculos que dificultan o impiden la libre circulación en vías y espacios públicos y establece que su planificación y urbanización se efectuará de forma tal que resulten accesibles y utilizables para los minusválidos, incluyendo previsiones sobre la adaptación gradual de lo ya construido, a cuyo efecto se establece la obligación de los entes públicos de destinar un porcentaje de sus presupuestos a tal finalidad¹⁴¹.

¹³⁸ www.minusval2000_com-accesibilidad.htm

¹³⁹ Ibid.

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Legislación sobre la eliminación de barreras La Constitución Española de 1978 en su art. 9, párrafo 2º,

7. DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio de investigación tiene un enfoque cualitativo, teniendo en cuenta que “la investigación cualitativa se hace en el contexto natural para rescatar los significados elaborados en las interacciones sociales; en ellas, prevalece lo individual, lo colectivo en cuanto elaboración de significados y lo subjetivo, además, es de carácter interpretativo y se desarrolla mediante diseños abiertos y con técnicas poco estructuradas para dar espacio a la comprensión de sentido de la acción humana...”¹⁴².

“La estrecha visión intelectualista de cultura fue rechazada en el siglo XIX por el romanticismo alemán que la entendía como el espíritu, la idiosincrasia, la esencia misma de la identidad nacional. Así, la nación alemana encontraba sus raíces más profundas en las costumbres, tradiciones estéticas, literarias y musicales del pueblo campesino alemán; si bien es cierto que la cultura ya no es vista como el patrimonio exclusivo de una elite, no deja de tener un carácter esencial e histórico importante¹⁴³.”

Planteada la necesidad de estudiar la teoría de la cultura que permita definir su especificidad con respecto al todo social y que explique las particularidades, intercambios, conflictos y subordinaciones culturales, se ha venido configurando un concepto de cultura que comparten diversos estudios contemporáneos. Los Antropólogos, los Sociólogos, los Comunicadores Sociales y muchos otros investigadores coinciden hoy, en ver la cultura como un sistema complejo de procesos subjetivos, desde los cuales los grupos sociales interpretan la realidad y se relacionan con ella en sus comportamientos.

Es en la cultura de los grupos sociales donde se da el sentido y orientaciones de las acciones e interpretaciones, es donde se asume y se cualifica como normal o anormal, como justas o injustas, como verdaderas o falsas, las creencias y costumbres de los pueblos. Este concepto de cultura, puede también definirse como “un conjunto amplio de representaciones simbólicas, de valores, actitudes y opiniones habitualmente fragmentarios y heterogéneos

¹⁴² SUAREZ, Pedro. Metodología de la Investigación: Diseños y técnicas. Bogotá, Orión, 2001, pág. 108

¹⁴³ TORRES, C. Alfonso, Aprender a Investigar en Comunidad II, F.C.S.H de la UNAD, Ediciones Arfín, primera edición, Santafé de Bogotá, 1996, pág 115.

quizá, y junto con ellos, los procesos sociales de su producción, circulación y consumo”¹⁴⁴. Ello hace de la cultura un hecho social e histórico, atravesado por los conflictos y dinámicas de la sociedad y como tal, debe estudiarse.

La perspectiva o tipo de estudio es exploratorio-descriptivo, la cual se configura en una aproximación previa a un problema no observado con anterioridad cuyos resultados son nuevos y posibilitan caracterizar un fenómeno. Cabe anotar que “esta investigación no intenta, ni tiene la pretensión de explicar el porqué, sino que se propone describir “lo que es”... orientada a evaluar ciertos atributos, propiedades... teniendo en cuenta propiedades o características de mayor o menor relevancia de acuerdo con el problema”¹⁴⁵.

Con frecuencia el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así (válgase la redundancia) describir lo que se investiga¹⁴⁶.

Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas¹⁴⁷.

Así como los estudios exploratorios se interesan fundamentalmente en descubrir, los descriptivos se centran en medir con la mayor precisión posible. En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir qué se va a medir y cómo lograr precisión en esa medición. Así mismo, debe ser capaz de especificar quienes deben estar incluidos en la medición. Por medio de la descripción se señalan las características fundamentales del objeto de estudio y se detallan dentro de un marco conceptual de referencia; se especifican las propiedades importantes de las personas, sometidas a análisis y se miden o

¹⁴⁴ Ibid., pág. 116

¹⁴⁵ SUAREZ, Pedro. Metodología de la Investigación: Diseños y técnicas. Bogotá, Orión, 2001, pág. 109

¹⁴⁶ COMTE, J. Métodos de Investigación Cuantitativa, 2ª edición, México, Ed, Mac Graw Hill, 1997, pág. 189.

¹⁴⁷ Ibid., pág. 192.

evalúan aspectos, dimensiones o componentes a investigar. Se describen los aspectos, para dar paso a la explicación por medio de la cual se da a conocer la información recolectada¹⁴⁸.

Por otro lado, los estudios exploratorios-descriptivos se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Estos estudios o métodos investigativos servirán para ver cómo han abordado la situación de investigación y sugerirán preguntas sobre lo que puede hacer¹⁴⁹.

Los estudios exploratorios son como realizar un viaje a un lugar que no se conoce, del cual no se ha visto ningún documental ni leído algún libro, sino simplemente alguien ha hecho un breve comentario sobre el lugar. Lo primero que se hace es explorar: preguntar sobre qué hacer y a dónde ir porque se desconoce mucho del sitio. De esta forma, posiblemente se vea un espectáculo no tan agradable y caro, al tiempo que se pierda uno fascinante y más económico; por supuesto, en el caso de la investigación científica cualitativa la inadecuada revisión de la literatura tiene consecuencias más negativas que la frustración de invertir en algo que finalmente produzca desagrado¹⁵⁰.

En este punto, se debe tener en cuenta que no existen para la actualidad, cifras oficiales acerca de la población de personas con discapacidad tanto para la ciudad de Neiva como para el departamento del Huila. Aquí se hará referencia a las dos clases de cifras que se pueden ubicar, sin ser ninguna de ellas oficiales o intérpretes de la realidad presentada. La primera de ellas es la cifra o dato aproximado de personas con discapacidad, hecho a partir del censo poblacional de 1993 y de acuerdo al también dato aproximado realizado para el crecimiento de la ciudad de Neiva.

Población y muestra:

La población y muestra está representada por la entidad Asodisneiva, por ser la representante máxima de las personas con discapacidad en la ciudad. Las instituciones que a ella se encuentran afiliadas y características generales, son:

¹⁴⁸ Ibid.

¹⁴⁹ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto y Otros., Metodología de la Investigación, 2ª edición, México. D.F., Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores .S.A., 1998, Pág 58.

¹⁵⁰ Ibid., pág. 58

Cuadro 9: Instituciones afiliadas a Asodisneiva, grupo etareo y tipo de discapacidad.

INSTITUCIÓN	GRUPO ETAREO	GÉNERO		TIPO DE DISCAPACIDAD			
		M	F	FÍSICA	MENTAL	SENSORIAL	
						AUDITIVA	VISUAL
"COOPDIN"	De 2 – 10 años	32	17	--	49	--	--
	De 11– 20 años	10	5	--	15	--	--
Fundación Síndrome de Down	De 2 – 10 años	55	41	--	96	--	--
	De 11 – 20 años	35	36	--	71	--	--
	De 21 – 30 años	25	4	--	29	--	--
"ASOPACARN"	De 2 – 10 años	26	14	9	12	11	8
	De 11 – 20 años	20	14	8	10	10	6
"ASORHUILA"	De 2 – 10 años	18	16	--	--	34	--
	De 11 – 20 años	16	15	--	--	31	--
	De 21 – 30 años	14	13	--	--	27	--
	De 31 - 50 años	14	14	--	--	28	--
	Mayores de 51 años	13	--	--	--	13	--
"FUNEEA"	De 2 – 10 años	25	14	--	39	--	--
	De 11 – 20 años	15	8	--	23	--	--
"ASADIH"	Mayores de 51 años	17	20	15	--	13	9
"FRAPON"	De 21 – 30 años	15	--	9	--	4	2
	De 31 – 50 años	9	--	5	--	2	2
	Mayores de 51 años	7	--	4	--	2	1
VENCER "CONVENCER"	De 21 – 30 años	18	20	14	6	15	3
	De 31 – 50 años	22	12	10	5	11	8
	Mayores de 51 años	12	--	4	1	3	4
Club Especiales en acción	De 2 – 10 años	8	9	--	17	--	--
	De 11 – 20 años	6	7	--	13	--	--
"LISIHUILA"	De 21 – 30 años	18	--	18	--	--	--
	De 31 – 50 años	22	--	22	--	--	--
	Mayores de 51 años	5	--	5	--	--	--
"LIDISIRHUILA"	De 11 – 20 años	15	--	15	--	--	--
	De 21 – 30 años	15	--	15	--	--	--
	De 31 – 50 años	9	--	9	--	--	--
"FUNDEID"	De 21 – 30 años	14	6	14	--	2	4
	De 31 – 50 años	26	9	26	--	3	6
TOTALES		556	294	202	386	209	53

Fuente: Asodisneiva

Cuadro 10: Causas de discapacidad de las instituciones afiliadas a Asodisneiva, programas y tipo de régimen en salud

INSTITUCIÓN	RÉGIMEN	IPS A LA QUE ASISTEN	CAUSA DE LA DISCAPACIDAD	PROGRAMAS O ACCIONES
Cooperativa para el desarrollo del niño, "COOPDIN"	Subsidiado y contributivo	Humanavivir, Solsalud, Ecosos,	Congénitas y desarrollo del feto	Recreación y educación
Fundación Síndrome de Down.	Contributivo	--	Congénitas y desarrollo del feto	Educación y deportes
Asociación de padres centro de adaptación y rehabilitación del niño. "ASOPACARN".	Subsidiado y contributivo	Cajacopi, Comparta, Asmesalud	Congénitas, desarrollo del feto y accidentes	Asesoría en rehabilitaci y ayudas técnicas
Asociación de sordos del Huila "ASORHUILA"	Subsidiado y contributivo	Cajacopi, Comparta	Congénitas, enfermedades y no cuidado	Asesoría en rehabilitaci, ayudas técnicas y educación
Fundación niño especial del mañana. "FUNEEA".	Contributivo	--	Congénitas y desarrollo del feto	Psicología y recreación
Asociación de discapacitados de la tercera edad Comuna 6 "ASADIH".	Subsidiado	Humanavivir, Solsalud, Comparta	Enfermedades y por el envejecimiento	Recreación y ayudas técnicas
Fraternidad de Discapacitados físicos de la Policía Nacional "FRAPON".	Especial	--	Acciones de guerra y/o orden público	Asesoría en reha/ción, deportes y ayudas técnica
Coop Nal. Multiactiva de Trabajo Asociado de Discapacita, VENCER "CONVENCER"	Subsidiado	Comparta, Solsalud, Humanavivir, Ecosos,	Congénita, enferme, accidentes y no cuidados	Laboral y capacitación
Club Especiales en acción	Subsidiado y contributivo	Humanavivir, Solsalud, Comparta	Congénitas, enfer-medad del feto y no cuidado	Psicología, deportes
Club de deportes y rehabilitación (Sillas de ruedas). "LISIHUILA".	Subsidiado y contributivo	Cajacopi, Solsalud	Enfermedades, accidentes y congénitas	Deportes y ayudas técnicas
Liga de discapacitados del Huila, "LIDISIRHUILA".	Subsidiado y contributivo	Ecosos, Asmesalud, Cajacopi,	Accidentes, no cuidado y enfermed	Deportes y ayudas técnicas
Fundación para el Desarrollo Integral de las Personas con Discapacidad, "FUNDEID".	Contributivo	--	Accidentes, enfermedad y no cuidado	Psicología, ayudas técnicas y laboral

Fuente: Asodisneiva

El total de personas con discapacidad que se encuentran afiliadas a Asodisneiva, es de 850.

De las instituciones afiliadas a Asodisneiva, se tiene que tan solo la fundación Frapon se dedica exclusivamente a la atención y rehabilitación de hombres con discapacidad debido a que en su totalidad corresponden a los vinculados a la fuerza pública, y por sufrir actos terroristas y de orden civil quedan con alguna discapacidad.

Las demás instituciones afiliadas a Asodisneiva, prestan sus servicios tanto a hombre como a mujeres. En entidades como Lisihuila y Lidisirhuila sus actividades están dedicadas principalmente a la práctica de deportes en silla de ruedas tales como el baloncesto y carreras de atletismo, en las que participan solo hombres. Las mujeres con discapacidad, se afilian a estas actividades por periodos definidos cuando se ofrece capacitación relacionadas con microempresas y actividades artesanales.

De los 850 afiliados a Asodisneiva, el 65.41% (556) corresponde al género masculino debido a que los afiliados como se observa en el cuadro número 9, son con mayor frecuencia víctimas de accidentes de tránsito que las mujeres, también los actos de violencia y el consumo de alcohol hace que resulten más afectados los hombres que las mujeres.

Por otro lado y aunque se tienen más hombres con discapacidad que mujeres, la principal razón por la que es mucha mayor la asistencia y participación de los hombres que las mujeres en la entidades que trabajan a favor de la discapacidad, es que las mujeres son más tímidas, se avergüenzan más de su situación y rechazan más el contacto social.

Desde la discapacidad auditiva y visual de los afiliados a Asodisneiva, los resultados están de acuerdo con los presentados a nivel oficial, porque proporcionalmente son más las personas con discapacidad auditiva que visual.

Se observa, que la afiliación a estas entidades en un alto porcentaje (45.4%), corresponde a personas con discapacidad mental por ser esta de origen congénito u ocasionada por complicaciones del parto, en estos casos la familia busca oportunamente ayuda para que el discapacitado aprenda a ser autosuficiente y se prevenir una mayor discapacidad. El 30% de los afiliados,

son los discapacitados sensoriales, especialmente los que han perdido la audición (209). En menor proporción (202 – 24.6%), se afilian los discapacitados físicos (ver cuadro 9).

De acuerdo a los grupos etáreos definidos en el cuadro 9, el 32% (275) son niños con discapacidad menores de 10 años, siendo este el grupo más numeroso lo cual significa que existe un mayor interés en los padres para que sus hijos reciban una mayor atención; el 24% de la población corresponde a los adolescentes (202), el 19% (162) a los jóvenes entre 21 y 30 años, el 16% (137) es representado por los adultos entre 31 y 50 años, finalmente, con una menor proporción se encuentra el grupo de los mayores de 51 años con un 9% (74) de la población afiliada a Asodisneiva.

Es importante conocer que de los afiliados a Asodisneiva, el 37% (313) está afiliado al régimen contributivo y forman parte de Fundación Síndrome de Down, Funeaa y Funeid. Así también, el 14% (121) del total de la población está vinculada al régimen subsidiado y son miembros de entidades como Asadih y Convencer, porque pertenecen principalmente a los estratos uno y dos de la zona sur de Neiva.

En entidades como Coopdin, Asocaparn, Asorhuila, Clud Especiales en Acción, Lisihuila y Lidisirhuila, sus vinculados pertenecen tanto al régimen subsidiado como al régimen contributivo y su porcentaje equivale al 45% (385). De igual manera, solo quienes forman parte de Frapon están vinculados al régimen especial, que equivale al 4% de los afiliados a Asodisneiva (31)

Con todas estas entidades se tuvo contacto y se aplicaron las técnicas e instrumentos para recolectar la información, que se detalla a continuación.

La encuesta

Es un instrumento de investigación de los hechos en las ciencias sociales, la encuesta es la consulta tipificada de personas elegidas de forma estadística y realizada con ayuda de un cuestionario¹⁵¹.

La encuesta se diferencia de la entrevista en que la información que se obtiene ya está de antemano preparada y estructurada; además, en la entrevista hay

¹⁵¹ BASTOS, Antonio., Investigación Educativa, Instituto Internacional de Teología a Distancia, 4ª edición, Bogotá D.C., Editorial Indo-American Press Service, 1998, pág. 102

una mayor flexibilidad para obtener información. Algunas veces, encuestas y entrevistas se combinan para permitir al entrevistador ampliar la información.

“La encuesta tiene distintas aplicaciones temáticas: hay encuestas por sondeos (determinación de una muestra representativa de una población); encuestas de opinión (encuesta por sondeo para conocer la opinión de un tema en concreto); encuestas urbanas, sociológicas, etc. Asimismo, la encuesta puede ser descriptiva —la que establece el estado de un fenómeno determinado— o explicativa —la que determina las causas por las que se da ese fenómeno”¹⁵².

Las preguntas que se llevan a cabo en una encuesta pueden ser de varios tipos: abiertas (el individuo puede responder con unas líneas o frases); cerradas (sólo puede responder con un ‘sí’ o un ‘no’); en abanico o de elección múltiple (podrá elegir entre varias respuestas), y de estimación o evaluación (las preguntas presentan grados diferentes de intensidad). Su ejecución podrá realizarse a través de una entrevista personal, por correo o teléfono¹⁵³.

A través de este método se obtiene información de los objetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre actitudes, opiniones, sugerencias, etc. Existen dos maneras de obtener información con este método: la entrevista y el cuestionario.

La entrevista por cuestionario, es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso como el que se utilizó para esta investigación, destinado a obtener respuesta sobre el problema en estudio y que el investigador llena por sí mismo. El cuestionario puede aplicarse a grupos o individuos con la presencia del investigador o puede enviarse por correo a la muestra seleccionada¹⁵⁴. En esta investigación, el principal instrumento aplicado para la recolección de la información fue una entrevista por cuestionario y el modelo utilizado se encuentra en el anexo A

Ventajas del cuestionario:

-su costo es selectivamente bajo.

-permite obtener información de un número mayor de personas en un período breve.

¹⁵² Ibid., pág. 102

¹⁵³ Microsoft ® Encarta ® Biblioteca de Consulta 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporation.

¹⁵⁴ BASTOS, Antonio., Investigación Educativa, Instituto Internacional de Teología a Distancia, 4ª edición, Bogotá D.C., Editorial Indo-American Press Service, 1998, pág. 107

- permite una mejor forma de ser cuantificados, analizados e interpretados los datos obtenidos.
- asegura que cada individuo de la muestra ha respondido a todas las preguntas.

Esta encuesta se aplicó al director de Asodisneiva y los representantes de las entidades afiliadas a Asodisneiva.

La entrevista

Es una conversación que tiene como finalidad la obtención de información. Hay muy diversos tipos de entrevistas: laborales (para informarse y valorar al candidato a un puesto de trabajo), de investigación (realizar un determinado estudio), informativas (reproducir opiniones) y de personalidad (retratar o analizar psicológicamente a un individuo), entre otras. En una entrevista intervienen el entrevistador y el entrevistado. El primero, además de tomar la iniciativa de la conversación, plantea mediante preguntas específicas cada tema de su interés y decide en qué momento el tema ha cumplido sus objetivos. El entrevistado facilita información sobre sí mismo, su experiencia o el tema en cuestión¹⁵⁵.

Para hacer la correspondiente relación de este punto con el problema investigado, es pertinente afirmar que además de ser el instrumento más utilizado por los investigadores sociales en general, la entrevista es donde los científicos mejor pueden comprobar sus teorías e hipótesis en los fenómenos investigados, en este caso la entrevista le da el carácter individual a cada actor social, se puede dedicar lo suficiente a cada uno de ellos de ser necesario (rasgos de personalidad elevados o nocivos), sin perder de vista la globalidad o abarcar desde el primer momento lo general sin descuidar aquellos casos o rasgos que más llamen la atención por sus resultados¹⁵⁶.

En este caso, la entrevista se aplicó o llevó a cabo con algunas de las personas que laboran y representan el SGSSI en la ciudad de Neiva y a la vez, que tienen conocimiento acerca de lo realizado por este sistema relacionado con la población con discapacidad. Sus resultados se consignaron en casetes, para tener fiel testimonio de sus respuestas, transcribir sus comentarios y hacer un mejor análisis de los mismos.

¹⁵⁵ GUTIERREZ, Hugo. Los elementos de la investigación. Ed. El Buho, Santafé de Bogota, 1991, pág 199.

¹⁵⁶ Ibid., pág. 200

Para estas personas, se tuvieron en cuenta las mismas preguntas utilizadas en la encuesta hecha a los representantes de las entidades afiliadas a Asodisneiva, con el fin de obtener grupos de respuestas similares y luego, poder comparar y analizar los resultados y las diferencias entre uno y otro grupo.

Aspectos éticos:

Los componentes y principios éticos fundamentales en esta investigación, son tomados de algunas ideas pertinentes de los asesores, compañeros de estudio y de igual manera, los artículos mencionados son tomados del Código de Ética Profesional del Investigador Social¹⁵⁷, que dice:

- Se garantizó el libre desarrollo de la personalidad individual, pues los derechos de cada uno van hasta donde comienzan los de los demás.
- Se garantizó en los actores sociales, (representados tanto en los afiliados a Asodisneiva y personas con discapacidad encuestados, como en los representantes del SGSSI entrevistados), el derecho del respeto a su intimidad en los casos en que no pudieron o no quisieron contar cosas de su vida privada.
- Se garantizó en cada actor social, la libertad de expresión y difusión de su pensamiento y opinión.
- No hubo censura.
- Igualmente y adicionalmente a la libertad de expresión, opinión y pensamiento, se garantizó a toda persona la libertad de difundir sus creencias religiosas, tendencia política o moral.
- Artículo 4: el investigador, actúa dentro de una sociedad que posee normas éticas hacia las cuales debe mostrar afecto y respeto.
- Artículo 5: el investigador en ejercicio de su profesión asume la responsabilidad social de todos sus actos y las consecuencias de estos ante los consultantes o instituciones para las cuales trabaja y asegura la prestación adecuada de sus servicios, de acuerdo con las más altas exigencias de su profesión.
- Artículo 7: el investigador tiene la responsabilidad de informar con anticipación... las limitaciones de su trabajo y la utilización de los resultados obtenidos.
- Artículo 8: es responsabilidad del investigador asegurar el uso adecuado de su trabajo por parte de las instituciones para los cuales trabaja o de otras profesiones que tengan acceso a ellos.

¹⁵⁷ CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL DEL INVESTIGADOR SOCIAL, redactado por el Consejo Nacional de Psicología, aprobado según ley 58 de 1983, 1ª edición, Santafé de Bogotá, ediciones ARFO, junio de 1986, 106 p.

- Artículo 17: los materiales (grabaciones, videos, etc.), que se utilizan con fines didácticos o de entretenimiento, se podrán usar solamente previo consentimiento de las personas involucradas o cuando su identidad esté adecuadamente encubierta.
- Artículo 26: el investigador debe respetar la libertad del participante (actor social) de retirarse de la investigación en cualquier momento y no puede ejercer ningún tipo de presión para forzarlo a continuar.

La entrevista por cuestionario y la encuesta estructurada realizadas, conservaron una validez adecuada y pertinente con el enfoque cuantitativo y el método descriptivo. Además, se conservó la estandarización interpretativa y desviaciones separadamente para los representantes de la seguridad social y los afiliados a Asodisneiva.

Con los argumentos que a continuación se presentan, las investigadoras pretenden demostrar la veracidad y credibilidad del estudio sobre la situación actual que presentan las personas con discapacidad en la ciudad de Neiva desde la cobertura y efectividad del SGSSI:

- Implicación prolongada en el terreno de estudio, es decir, un contacto personal, frecuente y prolongado de las investigadoras con las personas objeto de estudio (actores sociales).
- Observación y descripción persistentes de los hechos y temas que se sometieron a estudio.
- Realización y aplicación de encuestas a cada uno de los actores sociales.
- Clasificación y recolección de datos con base teórica y analítica.
- Consignación atenta de todas las inconformidades y controversias presentadas en las diferentes entrevistas o encuestas por cuestionario.
- Realización de más de una reunión con cada grupo de actores sociales, para discutir la temática de estudio y enriquecer el análisis descriptivo.
- Devolución de la información recolectada en las entrevistas y encuestas por cuestionario a cada uno de los actores sociales.
- Valoración de los contenidos arrojados por los actores sociales, como también por los compañeros de entrevista y de expertos en la materia.

8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

8.1 RESULTADOS DE ENTREVISTA A PERSONAL DEL SGSSI

Las personas que se entrevistaron para obtener estos testimonios y resultados fueron el Abogado William Vega quien es el Coordinador de Seguridad Social de la Oficina Jurídica del Ministerio de Protección Social Nacional, de igual manera la doctora Piedad Gómez quien desempeña sus labores en la Secretaría de Salud Departamental como Orientadora del Programa "Banco de ayudas técnicas para personas discapacitadas" y la doctora María Fernanda Pérez que trabaja en la misma entidad y quién es la Orientadora del Programa "Plan de acción para personas discapacitadas".

En estas entidades se trabaja o se intenta dar cubrimiento total a todos los tipos de discapacidad, además de esto, en las Secretarías de Salud tanto Departamental como Municipal muchos de esos esfuerzos están enfocados a la consecución y entrega de ayudas técnicas para los diferentes tipos de discapacidad, es así como con cierta frecuencia se entregan sillas de ruedas, bastones, caminadores, audífonos, prótesis y órtesis. De igual manera, se realizan aunque con una menor frecuencia, campañas de promoción, prevención y rehabilitación para la discapacidad, pero estos programas no son continuos y con mucha frecuencia son suspendidos principalmente por falta de recursos y porque en muchos casos se limitan a una pequeña población.

Estas personas, son conscientes del alto nivel de poblacional con discapacidad que se presenta y resaltan, que en esta situación se debe prestar más atención a la prevención que a la atención de la discapacidad. Todos ellos están de acuerdo en que como lo muestra el último censo nacional, los resultados verdaderos y actuales han de ser mayores, situación que se presenta principalmente, debido al desconocimiento que se tiene del tema y a la poca información del Estado para obtener unos resultados más efectivos.

Expresan ellos que a pesar de la situación presentada, en todo el país la población con discapacidad beneficiada con el Sistema de Seguridad Social tienen prioridad, en ese sentido los departamentos reciben una calificación de acuerdo a las políticas que aplican y a la forma como aplican las normas y en esto, la discapacidad es muy importante, aquí se debe motivar más a los departamentos para que obtengan mejores resultados. Para el abogado William

Vega, los principales servicios que presta la seguridad social a las personas con discapacidad, son principalmente la rehabilitación física, en una menor escala rehabilitación mental y los tratamientos en salud a casi la cuarta parte de ellos que equivale a cerca de 50.000 beneficiados, pues en la actualidad hay cerca de 200.000 personas con discapacidad afiliadas al Régimen Subsidiado de Salud a nivel nacional, pero no destaca en ningún momento la prevención de la discapacidad.

Las personas que laboran en la Secretaría de Salud Departamental indican, que de la población de personas con discapacidad que ellos tienen conocimiento, todos y cada uno están afiliados o están siendo beneficiados con la seguridad social, tienen régimen subsidiado y otros cuantos son vinculados (en donde casi todos pertenecen a los estratos socioeconómicos uno y dos).

Aunque reconocen que hay población que no está siendo beneficiada porque sencillamente no está registrada y además, que el régimen subsidiado no alcanza a cubrir todas las necesidades en salud a los discapacitados, a pesar de tener un cuarto nivel de importancia, no les cubre como tampoco se hace en el régimen contributivo, las sillas de ruedas y otros implementos importantes.

Para el caso del régimen contributivo, éste no cubre todas las necesidades en las personas con discapacidad mental, por lo cual en estos casos se debe recurrir a las vías legales para obtener los servicios, tratamientos o medicamentos que ellos requieren. Están de acuerdo en proponer que los principales beneficios que ha traído la seguridad social a este grupo de personas, es la orientación psicológica, la rehabilitación y la complementación con algunas ayudas técnicas.

Piensan que falta tomar conciencia por parte de la población en general, porque por motivos que no expresan, muchas personas o sus familiares niegan o rechazan la discapacidad y por lo tanto no la reportan ante las autoridades, también por falta de conocimiento o miedo al rechazo social.

Por otra parte, reconocen que en el Sistema de Seguridad Social no se presta la mejor atención y servicios a ésta población, entre otras causas por la corrupción que se presenta en la entidad y la poca vigilancia y control por parte del departamento encargado de esta situación, lo que ocasiona que la

población que debería estar beneficiada no lo está y muchos otros ciudadanos que puede estar en el contributivo están en el régimen subsidiado.

La falta de una base de datos en la entidad y una información más efectiva, hace que se presenten las deficiencias en la atención y engaños al sistema, por lo cual se han venido haciendo cambios para corregir las fallas en el régimen subsidiado. Desde y con los alcaldes para evitar la corrupción y ahora la salud es manejada por el Ministerio de Protección Social; se están organizando mejor los planes de beneficios y se está buscando que la salud no se maneje por ningún municipio o departamento, sino por regiones, para más facilidad en los usuarios y prestar mejores servicios; por otro lado, se está haciendo ahora un mayor seguimiento a la labor de los recursos humanos médicos que trabajan en el sistema.

Consideran que el principal cambio que debe implementar el Sistema de Seguridad Social es el de acceder a unos registros más adaptados a la realidad, para conocer el porcentaje real de población afectada. Manifiestan que efectivamente en la Secretaría de Salud Departamental se adelantan campañas para prevenir la discapacidad gracias a los planes de acción que trabajan con las personas con discapacidad, aunque son conscientes que este programa como tal no está enfocado específicamente a la prevención, sino a la promoción, rehabilitación y equipamiento de ayudas técnicas para las personas con discapacidad.

Por lo anterior consideran que en la ciudad de Neiva, hace falta una campaña de prevención de la discapacidad, dirigida a toda la población del departamento y a todas las edades, por otro lado, una campaña de este tipo debe evitar que las E.P.S, las A.R.S , el gobierno nacional y las demás entidades actúen cada uno por su lado, en ese sentido es mejor unir esfuerzos por parte de todas las autoridades en salud para poder aplicar el Plan de Atención Básica (P.A.B), de la manera correcta. Los elementos que debe tener una campaña de esta clase, deben estar dirigidos a educar a la gente en todo sentido, desde evitar y controlar el consumo de drogas hasta tener una verdadera conciencia ciudadana para por ejemplo, conocer las normas de tránsito, las normas peatonales, utilizar los puentes peatonales y usar las calles correctamente. Todos manifiestan que hace falta una verdadera educación en salud por parte de las autoridades pertinentes, dirigidas a toda la población.

8.2 RESULTADO DE ENCUESTA A ENTIDADES

La encuesta se aplicó al director de Asodisneiva y a nueve representantes de las doce entidades sin ánimo de lucro y fundaciones afiliadas a esta entidad, los cuales todos respondieron a los interrogantes.

DISCAPACIDAD:

Pregunta 1: Con qué tipo de discapacidad trabaja esta entidad?



Las entidades sin ánimo de lucro que deciden trabajar en beneficio de la discapacidad, buscan enfocar estos servicios y beneficios a uno de los tipos de discapacidad que se conocen: física, sensorial o mental. Trabajar el concepto y la situación de la discapacidad, implica también el contar con aquellos implementos, equipos

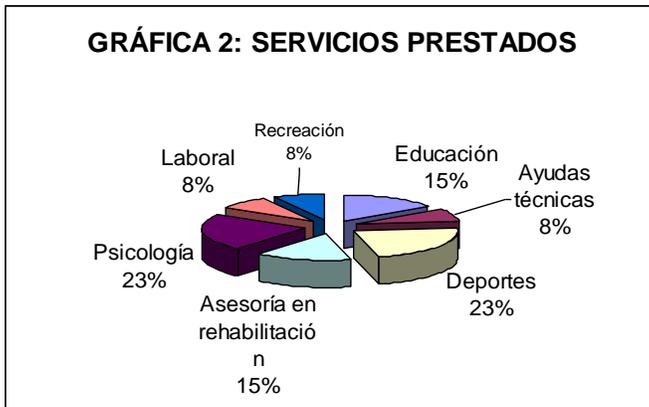
o logística necesaria para realizar actividades con estas personas, ya sean deportivas, de ayudas técnicas, de rehabilitación o laborales, porque no es lo mismo, rehabilitar físicamente a una persona en silla de ruedas que una persona con discapacidad mental o enseñarle juegos, a una persona invidente que a una persona con discapacidad mental.

Las únicas entidades que pueden tener el privilegio de atender o trabajar con todos los tipos de discapacidad al mismo tiempo, son aquellas que cuentan con el respaldo total de las administraciones municipales, departamentales y/o nacionales, como consecuencia de programas y atenciones sociales que ya están debidamente estructurados y que por lo general se llevan a cabo, para atender a la población más vulnerable de la sociedad.

Pregunta 2: Mencione dos de los principales servicios que presta esta entidad a sus integrantes?

Se considera apropiado en este sentido, la variedad de los servicios que se prestan en estas entidades a las personas con discapacidad. Esto hace notar,

que los esfuerzos no se están dedicando a una sola de las muchas áreas de atención que necesita esta población. Se destaca el hecho, que la psicología y los deportes ocupen una franja importante dentro de estos servicios prestados, con lo cual se da a entender que para estas entidades el contar con una mente y un cuerpo sano, a pesar de tener cualquier clase de discapacidad, es muy importante.



En esta pregunta, no se incluyó el concepto o servicios de la recreación junto con el servicio de los deportes, debido a que algunas de estas entidades practican efectivamente un tipo de recreación en salones o lugares cerrados en donde no se hace ningún uso o aplicación de la utilidad física, por lo que su

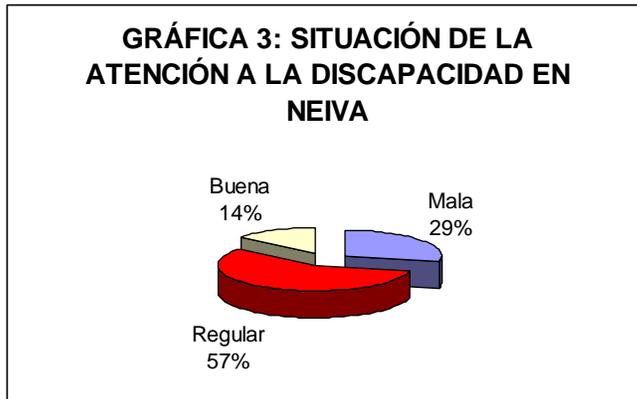
objetivo está centrado más en entretener lúdicamente a sus integrantes, que en incentivar en ellos el deporte.

La parte laboral, no hace referencia a empleos directos que la entidad ofrezca a sus afiliados o a empleos en donde se soliciten a estas personas en las empresas de la ciudad, aquí el concepto hace referencia a actividades y labores manuales que se enseñan a éstas personas y de acuerdo a los resultados, se empieza a realizar una producción artesanal para luego ser comercializada en un nivel de compradores muy reducido, que casi siempre corresponde a los familiares y más allegados, pero que en algunos casos la producción es apoyada por empresas que consideran novedosos los productos.

Pregunta 3: Para usted, en qué estado de desarrollo se encuentra la atención a la discapacidad en la ciudad de Neiva?

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede determinar que las personas que orientan y laboran en estas instituciones consideran que la discapacidad no se encuentra en un óptimo estado en lo que se refiere al respaldo estatal y social. Siempre se va a tener en cuenta y a calificar la discapacidad en las regiones del país, teniendo como referencia el estado que tiene la discapacidad y el apoyo integral social y estatal que a ésta se presta en otras naciones más

avanzadas. En ese sentido, la discapacidad en la ciudad de Neiva, no se encuentra en una situación que pueda brindar los beneficios o garantías mínimas requeridos, pues son mayores las necesidades, que los beneficios de los cuales se está gozando.

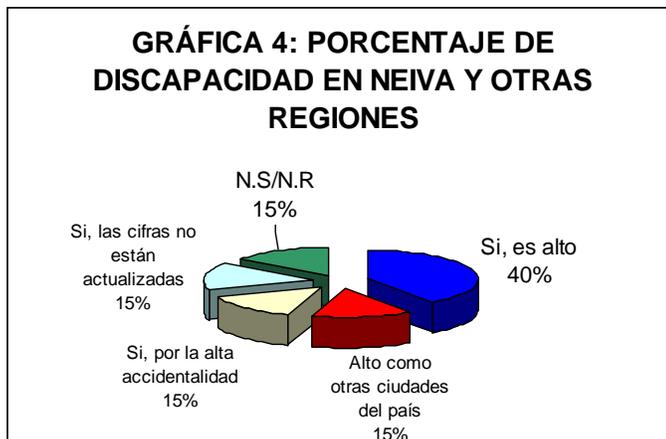


Un bajo porcentaje (14%) de los encuestados, manifestó que en la ciudad de Neiva la discapacidad se encuentra en un buen estado, lo que hace referencia explícita a nivel de atención y de servicios dados a los niños y niñas con discapacidad mental, principalmente de los que padecen de síndrome de Down. Para este tipo de población con

discapacidad, las necesidades se centran de manera más importante en la educación, orientación y seguimiento psicológico y la recreación, los cuales en su gran mayoría les son brindados y es por esto, que esta población goza de una adecuada cobertura y beneficios.

Sin embargo, este tipo de atenciones o cumplimiento en el síndrome de Down tiene un panorama distinto cuando quien lo padece se enfrenta a su mayoría de edad, porque en esta nueva etapa son muy escasos o nulos los beneficios que puede seguir encontrando y la atención se sigue basando en la orientación y educación que continúa recibiendo principalmente en su familia.

Pregunta 4: Piensa usted que en la ciudad de Neiva se presenta gran porcentaje de población con discapacidad, en comparación a otras regiones?



La gran mayoría de los resultados están encaminados a reconocer que en la ciudad de Neiva, se presenta un alto índice de personas con discapacidad, en comparación a otras regiones. En estas respuestas obtenidas, llama la atención la respuesta que además de reconocer el alto

porcentaje de población en esta situación, trata una de las razones por las que cada día las personas se deben enfrentar a una discapacidad. La respuesta hace referencia al nivel de accidentalidad presentado en la ciudad, no sólo como consecuencia de las personas que manejan sus vehículos en estado de embriaguez o a la alta velocidad con que los conducen, sino también, a los accidentes que se ocasionan como consecuencia de la imprudencia de los conductores de moto y los peatones, al desconocer y poner en práctica de manera adecuada las normas que para ellos también se encuentran vigentes.

Estas personas saben de antemano, que en los registros y resultados obtenidos en el último censo nacional, las cifras que se ubican para la discapacidad son realmente muy inferiores si se compara con países desarrollados del mundo en donde se trabaja mucho más por la atención, promoción y prevención de la discapacidad. Para otros, la discapacidad en la ciudad de Neiva no varía mucho en los resultados presentados para otras ciudades intermedias del país, aunque reconocen que tanto en esta ciudad como en otras, el número de afectados es alarmante, pues es muy seguro que pase del 10% del total de la población.

SEGURIDAD SOCIAL:

Pregunta 5: Todos los usuarios que asisten o pertenecen a esta entidad, tienen algún tipo de seguridad social?



Las instituciones que trabajan con población con discapacidad, tienen estipulado dentro de los estatutos y manual de funcionamiento de cada una de ellas, que deben solicitar a sus afiliados o beneficiarios que tengan como mínimo el cubrimiento de seguridad social en salud. Esto se hace como medida

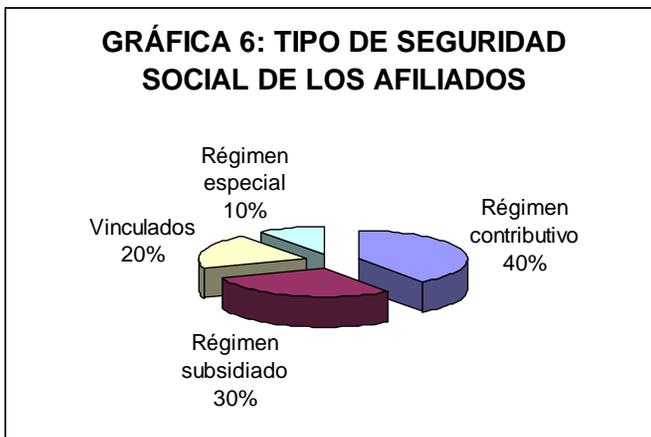
preventiva, para los casos en que se presenten accidentes o enfermedades dentro de estas instituciones, situaciones que sería muy difícil de entrar a cubrir o subsanar debido al alto costo que se requiere para ello.

Estas instituciones, se han interesado en prestar diversas clases de servicios y asistencias, sin embargo, no han podido implementar el servicio de la salud,

porque esto implicaría además de los altos costos, la consecución de un personal que estuviera especializado en la atención de las personas con discapacidad, así como sucede ya en otras naciones del mundo.

Aquí la seguridad social, se aplica básicamente al cubrimiento en salud que se debe tener, porque en la población con discapacidad muy poco se habla de una seguridad social, cubrimiento de las pensiones o en riesgos profesionales, por las labores que se realicen.

Pregunta 6: Qué tipo de seguridad social tienen los integrantes de esta entidad?



Dentro de tipo de seguridad social en cuanto a la salud se refiere, es lógico pensar que los integrantes de estas entidades pertenezcan a distintos regímenes. Se destacan el régimen contributivo y el régimen subsidiado, como los que cuentan con mayor número de afiliados.

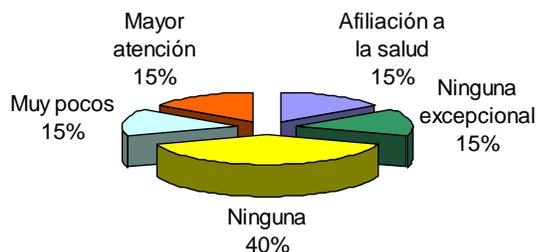
Para cualquiera de los regímenes en seguridad social con que cuentan estas personas, a cerca del 80% los asiste la calidad de beneficiarios ya que tan solo el 20% son cotizantes o cabezas de hogar.

COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL:

Pregunta 7: Qué beneficios ha traído la Seguridad Social Integral a las personas con discapacidad de la ciudad o de esta entidad?

Como regla general, se entiende en estas entidades que la seguridad social para las personas con discapacidad, está limitada básicamente al cubrimiento en salud, en esta población la seguridad social no se presenta para los casos de las pensiones o un riesgos profesionales por las actividades que desempeñan.

GRÁFICA 7: BENEFICIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LA DISCAPACIDAD Y/O LA ENTIDAD

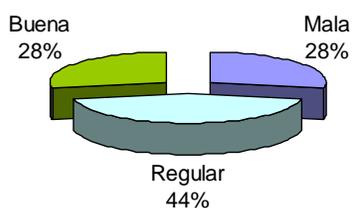


Aparte de este beneficio que por ley se debe practicar en esta población vulnerable, la seguridad social no presenta ningún beneficio excepcional a estas personas. Surge entonces el interrogante, al presentarse el caso de que en Colombia la seguridad social no fuera una ley nacional de obligatorio cumplimiento, pues en estas

circunstancias la discapacidad estaría en una situación muy por debajo de la que actualmente se encuentran y las necesidades serían mayores, así como también la población en estas circunstancias porque se estarían dedicando menos recursos y esfuerzos a la poca prevención que sólo en algunos y ocasionales casos se presenta.

Pregunta 8: Cómo califica usted la Seguridad Social Integral, recibida por las personas con discapacidad de la ciudad de Neiva?

GRÁFICA 8: SEGURIDAD SOCIAL OFRECIDA A DISCAPACITADOS EN NEIVA



Se debe partir de la realidad, que las personas con discapacidad en la ciudad como sucede en todo el territorio nacional, no cuentan con un cubrimiento de seguridad social integral, situación que en muchos casos no es diferente ni siquiera en trabajadores de sectores importantes de la producción y sin ningún tipo de discapacidad. Si se hace un

exhaustivo seguimiento a la situación de seguridad social integral recibida por esta población de la ciudad, se tendrá aún escaso grupo privilegiado pero de los estratos altos, porque son los que en estos casos pueden destinar recursos personales a cubrir estas necesidades, porque el Estado no tiene acciones o programas destinados al cumplir con esta parte de la seguridad social.

En muchos casos, las personas con discapacidad necesitan tratamientos, medicamentos y ciertos accesorios indispensables para mantener una calidad de vida dentro de los parámetros normales a su discapacidad, pero en muchos casos estos no son tenidos en cuenta dentro del plan obligatorio de salud (P.O.S), precisamente porque son necesitados por una parte de la población y no por la gran mayoría, que es cuando si son tenidos en cuenta dentro de este plan.

Se concluye entonces, que en la ciudad de Neiva la seguridad social para estas personas está destinada única y exclusivamente al cubrimiento en salud, el cual tampoco es el más apropiado de acuerdo a las necesidades de las personas con discapacidad. La parte que en la respuesta se califica como buena, sigue haciendo referencia a las instituciones que trabajan con niños y niñas con síndrome de Down, pues éste se limita a los controles médicos, nutricionales y de crecimiento que se hace a estos niños, pero que en la realidad no son muy diferentes a los realizados a la población con esta edad y sin discapacidad.

Pregunta 9: Cree usted que el Sistema de Seguridad Social Integral beneficia o cubre a todas las personas con discapacidad de la ciudad?



Las personas que trabajan en estas entidades para la población con discapacidad, entienden que el cubrimiento del sistema de seguridad social nacional es limitado y por tal motivo, no brinda su cubrimiento a toda la población en donde están incluidas las personas con discapacidad, entienden además, que otra dificultad

que se presenta en este sistema es que se limita el concepto de seguridad social sólo al cubrimiento en salud, dejando por fuera o sin importancia a los otros conceptos que maneja el sistema y que como ya se sabe son, el sistema de pensiones y riesgos profesionales.

La respuesta es totalmente unánime al reconocer, que a pesar que todos los afiliados a la institución en que cada uno de ellos labora, si cuentan con un cubrimiento en salud, existe mucha de esta población que al no estar registrada en el sistema beneficiarios, no puede recibir este servicio, por otro lado, porque parte de esta población vive en zonas tan apartadas que se les presentan dificultades para el desplazamiento a los cascos urbanos o también, serías dificultades para el cubrimiento de este sistema a dichas zonas, por razones que van desde zonas de alto riesgo por el conflicto armado, hasta las características geográficas de algunas regiones.

Estas personas expresan en sus respuestas que hay poca cobertura en salud para las personas con discapacidad, así como también que hay la falta de interés del estado en atender a esta población, pero llama la atención la respuestas que indican que esta falta de cubrimiento del sistema de seguridad social se debe a falta de conocimiento de la población y a la vez de interés de las personas con discapacidad en recibir este beneficio, lo cual es a su vez una respuesta muy válida, porque muchas personas del régimen subsidiado que presentan discapacidad no se animan a recibir este servicio dejando pasar la oportunidad, mientras su salud se va deteriorando poco a poco.

Pregunta 10: Desde su experiencia con las personas con discapacidad, cuáles pueden ser las fallas que se presentan en el Sistema de Seguridad Social Integral?



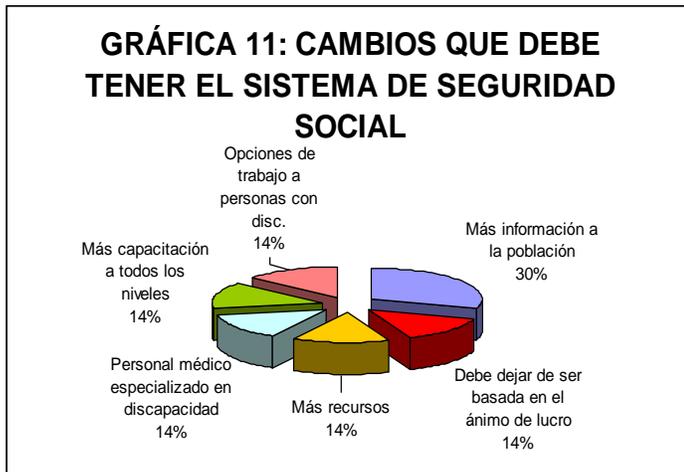
La variedad de respuestas a este interrogante, deja notar que las personas que laboran en estas entidades, están apropiadas de un conocimiento adecuado acerca de la situación que vive esta población. En las respuestas, dejan ver estas personas las faltas que a su juicio, tiene el sistema de seguridad social frente a las personas con discapacidad,

faltas que van desde el no contar con una adecuada cultura de atención para con estas personas; el que no se preste un servicio integral porque se debe

incluir además la recreación, el deporte, la educación y la rehabilitación laboral para poder hablar de un concepto integral de rehabilitación en la discapacidad; hasta la falta de continuidad en los programas relacionados con esta situación, la falta de cobertura al no llegar a muchos sitios de riesgo social o geográfico.

Llama particularmente la atención al igual que se hizo en las entrevistas a las personas que en esta investigación representan el sistema de seguridad social, porque también aquí se expresa como una de las razones que producen fallas, la corrupción que se presenta dentro del sistema de seguridad social, porque posiblemente se puede presentar manipulación en las formas de beneficiar a las personas, a las formas de calificar las necesidades y a la manera como se está llegando a cada población vulnerable con características y necesidades diferentes.

Pregunta 11: Qué cambios o mejoras debe tener el Sistema de Seguridad Social Integral, para que tenga una mejor cobertura de las personas con discapacidad?



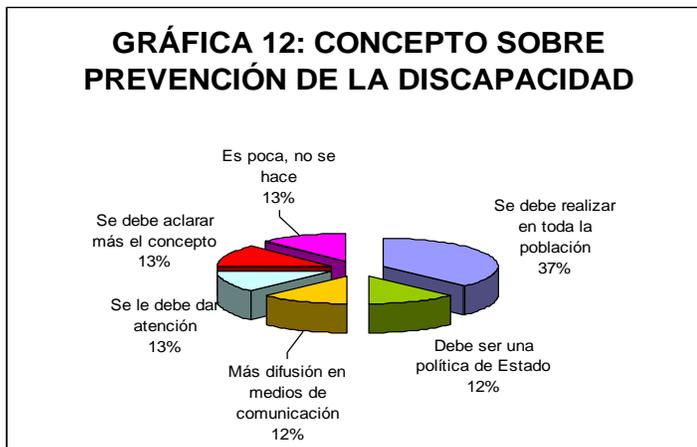
Las respuestas dadas a este interrogante, van de acuerdo a las fallas que según ellos tiene el sistema de seguridad social. Las entidades sin ánimo de lucro que trabajan con discapacidad, proponen que es muy importante aplicar los siguientes cambios para que se tenga una mejor cobertura de las personas con discapacidad:

hacer llegar más información a la población tanto para que conozcan el sistema, como información que se traduzca en campañas de prevención de la discapacidad; para otros se debe cambiar el concepto que en la actualidad se está manejando en la salud social como un negocio, que sencillamente debe dejar utilidades y beneficios económicos al Estado o a las entidades que los administren, porque ya no se habla de pacientes sino de clientes del sistema, sin importar el estrato al cual pertenezcan.

También se reconoce que deben existir más recursos para tener una óptima cobertura; contar con personal especializado en la salud de las personas con discapacidad, porque su atención y valoración en algunos casos es distinta a las de las personas sin discapacidad, principalmente en sistema de defensa, neurológico, alimenticio y valoraciones psicológicas; la mayor capacitación de las personas que representan el sistema de seguridad social en todos los niveles y de igual manera, algunos opinan que debe existir en este sistema oportunidad de trabajo para las personas con discapacidad, porque hay muchas labores que estas pueden desempeñar, como son por ejemplo las campañas de prevención de la discapacidad.

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD:

Pregunta 12: Qué piensa usted de la prevención de la discapacidad?



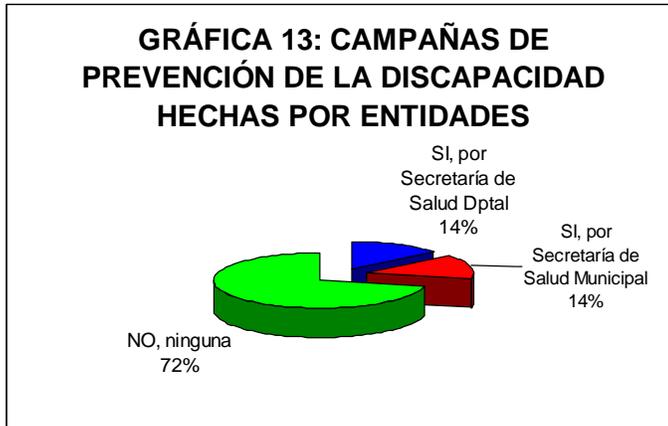
Son claras y concretas las respuestas que sobre el concepto de prevención de discapacidad, se tiene de las personas que laboran en estas instituciones. La variedad de respuestas, indica también que no hay una tendencia o grupo de respuesta unánime para responder a éste interrogante, pues para unos la prevención

de la discapacidad debe de estar en directo contacto con los medios de comunicación, para otros esta debe ser una política del Estado a la que se le debe prestar más atención, porque debe ser dirigida o aplicada a toda la población, porque de ella es poco el uso que se hace.

Las anteriores respuestas, son muy lógicas y corresponden efectivamente una realidad que se presenta, como respuesta de la experiencia que han vivido todas éstas personas representantes de las entidades sin ánimo de lucro. Dentro de este grupo, llama particularmente la atención la reflexión que se hace acerca de que se deben hacer esfuerzos tanto de las personas que coordinan el sistema, como el personal médico y de la población en general, para aclarar el término y se llegue al punto en que todos estos grupos (coordinadores del

sistema, personal médico y población), tengan un mismo concepto de lo que es prevención de la discapacidad para de allí, sacar las políticas generales que se apliquen en las mismas circunstancias en todo el territorio nacional.

Pregunta 13: Sabe usted si alguna entidad ha realizado o realiza campañas o estrategias para la prevención de la discapacidad?



La gran mayoría de personas encuestadas, manifiestan que no han tenido conocimiento de alguna entidad ya sea pública o privada, que haya realizado o realice en la actualidad campañas dirigidas a la prevención de la discapacidad. Aquí la situación es clara y está de acuerdo, con lo expresado en las entrevistas hechas a los

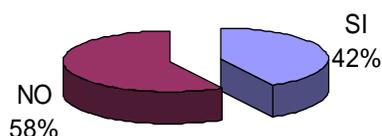
funcionarios que representan la seguridad social en esta investigación.

Existen dos respuestas que manifiestan que se han conocido campañas de este tipo, realizadas en algún momento por la secretaría de salud departamental y municipal, situación que no corresponde a una realidad o situación presentada, porque como lo expresaban los mismos funcionarios lo que se ha hecho al respecto son unos intentos de campañas que se han de calificar más como talleres o capacitaciones en donde se toca levemente el tema de la discapacidad, pero no se pueden catalogar dentro de la categoría de campañas como tal. Lo que se ha hecho, han sido algunos esfuerzos aislados que no han tenido continuidad y por lo tanto, el tema de la prevención no ha sido verdaderamente tratado dentro del sistema de seguridad social, además porque en la misma ley cuando se habla de prevención, se enfoca más el concepto a la prevención de enfermedades pero no de la discapacidad de manera específica.

Pregunta 14: Sabe usted si el SGSSI de Colombia adelanta campañas o estrategias para prevenir la discapacidad?

Se puede entender según las respuestas, de acuerdo a lo manifestado por los funcionarios que representan la seguridad social, que los que si tienen algún

GRÁFICA 14: CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD ADELANTADAS POR EL SGSS



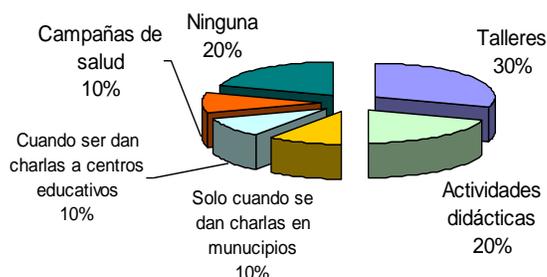
conocimiento en este sentido, lo hacen porque en alguna ocasión se han entregado o dado cuenta de actividades o estrategias realizadas por el sistema y que tienen que ver con la prevención de la discapacidad, pero porque tratan el tema de la salud o de alguna enfermedad en particular, cuya consecuencia puede desencadenar una discapacidad ante lo cual se

estaría hablando, más específicamente de la discapacidad como consecuencia de algunas enfermedades o situaciones de alto riesgo, que como una situación como consecuencia de un comportamiento no adecuado o controlado, en donde está incluido el control médico sin lugar a dudas.

Más de la mitad de los encuestados, opinaron que no tienen y no han tenido conocimiento en el pasado de ningún tipo de acciones o campañas realizadas por la seguridad social, en donde el tema principal sea la prevención de la discapacidad en la población.

Pregunta 15: Qué actividades realiza esta entidad sobre el tema de la prevención de la discapacidad?

GRÁFICA 15: ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

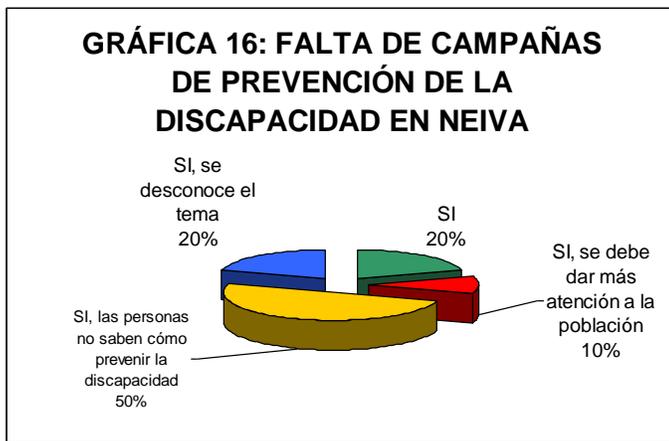


Se debe aclarar y como se le hizo a todos los encuestados, que en esta pregunta no se está preguntando sobre campañas de prevención de la discapacidad realizadas por las entidades, sino por actividades o acciones que de alguna manera estén relacionadas o que toquen el tema de la prevención

dentro de los servicios que cada una presta.

Entonces surgen y son nombradas, las actividades que estas entidades realizan con sus afiliados. Los talleres, actividades lúdicas, de recreación, las charlas, conferencias y campañas de salud, que en algún momento hacen estas entidades, están enfocadas a la población con discapacidad y a ellas va dirigido principalmente el mensaje de la prevención. Lo ideal sería, que estas entidades realizarán acciones encaminadas a llevar el mensaje de la prevención de la discapacidad a personas no discapacitados y que por esta razón, permanecen en cierto riesgo a presentar esta circunstancia sin importar su edad, género, condición social, religión, política o nacionalidad, sería vano seguir tratando el tema de la prevención con personas que no pudieron o no supieron prevenir la discapacidad.

Pregunta 16: Cree usted que en la ciudad de Neiva hace falta realizar campañas de prevención de la discapacidad continuamente, en la población en general?



La respuesta sobre la necesidad de realizar campañas de prevención de la discapacidad de manera continua en la ciudad de Neiva y a toda la población, es unánime y encaminada a reconocer que se debe realizar este tipo de actividades tanto por el sistema de seguridad social como por las entidades que

trabajan con ésta población.

Realizar una campaña con estas características, en cuanto a su magnitud en población y continuidad dentro de los programas sociales municipales o departamentales, es lo que se debe hacer para brindar una atención más adecuada a la población. Es así, que lo primero que se debe evacuar es el desconocimiento de ésta población sobre el tema de la discapacidad y luego de reconocida su importancia y utilidad en el diario vivir tanto familiar como laboral, se deben dar las pautas y medidas específicas para que se comiencen a llevar a cabo estas acciones y las personas sepan, cómo es que se previene la discapacidad de la manera más efectiva y dejar de aplicar una prevención de la discapacidad doméstica, con paradigmas erróneos en muchos casos que se han

difundido por la tradición oral y hace que por ejemplo muchas madres, no asistan al médico de manera oportuna y busquen sanar a sus hijos cuando éstos se enferman, con creencias y tratamientos equivocados.

Pregunta 17: Cómo sería para usted, una buena campaña de prevención que llevara a cabo esta entidad?



Consideran los encuestados, que una buena campaña de prevención llevada a cabo por la entidad en donde laboran, debe ser una campaña en donde se lleve un mensaje a toda la familia, para otros las actividades o estrategias estarían encaminadas a fortalecer las campañas de vacunación y el conocimiento de las

enfermedades de alto riesgo, como una de las principales causas por las que las personas al no tener un manejo adecuado de estas, se ven enfrentados a una discapacidad permanente en sus vidas.

Para los encuestados lo importante de estas campañas, sería que se enfocarían los mensajes a cada etapa de la vida o población, éstos son: para la etapa escolar, los trabajadores adultos y tercera edad principalmente. Para otros, lo importante sería manejar una continuidad en los programas para no suspender dichas actividades y se presente con ésta, más seguridad y protección a la población. Otro grupo de respuesta, indica que lo principal en una campaña como ésta, es llevar el mensaje a las madres gestantes, a los niños y jóvenes, porque son en estas etapas en donde más se presentan casos de discapacidad, debido a falta de controles médicos y nutricionales adecuados.

9. CONCLUSIONES

Luego de haber llevado a cabo el presente estudio descriptivo de corte social, recolectada y analizada la información arrojada por los distintos medios, las investigadoras y realizadoras han considerado pertinente hacer notar y proponer tanto al Director del Trabajo de postgrado como a los Asesores de la Universidad Surcolombiana e interesados en el tema, las siguientes conclusiones:

- Las personas entrevistadas que prestan sus servicios para el Sistema de Seguridad Social, manifiestan y reconocen que en el tema de la discapacidad existe en este Sistema cierto interés y políticas definidas para atender el cubrimiento de esta población y satisfacer sus necesidades, sin embargo, se presentan problemas en la forma como se ejecutan estas políticas, porque se siguen presentando muchas deficiencias y reclamos en la población afectada.
- En la Ley 100 de 1993, para el caso de la discapacidad se presenta una falencia, en el sentido de no estar estipulado explícitamente el apoyo que se le debe prestar a esta población y porque al tratar el tema de la prevención de la discapacidad, no se hace referencia a este tema en concreto, sino que se maneja de manera generalizada y junto con el tema de la prevención de enfermedades y de actividades de alto riesgo.
- La Seguridad Social en salud a la que tienen derecho las personas con discapacidad, brinda beneficios y servicios que satisfacen muchas de las necesidades de esta población, sin embargo, existen situaciones que no son tenidas en cuenta y se limitan los beneficios a estas personas en lo relacionado a las ayudas técnicas para el caso de las personas con discapacidad física (como silla de ruedas, prótesis, órtesis y demás) y atención especializada de cuarto nivel en medicamentos y tratamientos, para el caso de las personas con discapacidad mental.
- La atención de las personas con discapacidad en la ciudad de Neiva a nivel general, no se encuentra en un estado de desarrollo óptimo, si es comparada con las características y servicios que esta población recibe en otras naciones con un grado de desarrollo económico y calidad de vida más avanzada.

- En la ciudad de Neiva, las entidades que trabajan en beneficio de la población con discapacidad prefieren prestar sus servicios enfocados a la atención de sólo uno de los tres tipos de discapacidad que se conocen, con el objetivo de prestar servicios cada vez más especializados y cubrir más necesidades o servicios solicitados por cada grupo de estos, que van desde la recreación y el deporte hasta la ayuda laboral y técnica, pasando por la educación y asesoría psicológica y de rehabilitación.
- Las entidades que en la ciudad de Neiva trabajan con personas con discapacidad, prestan sus servicios únicamente a personas que se encuentran afiliadas a cualquiera de los regímenes de salud, sin embargo, reconocen que en esta ciudad es más elevado el porcentaje de población con discapacidad frente a otras regiones del país y que mucha de esta población, no tiene ningún tipo de cubrimiento o seguridad social en salud.
- Desde la administración municipal, no se cuenta con programas o acciones regulares relacionadas de manera concreta con la discapacidad o la prevención de la misma. En algunos casos, se realiza a nivel municipal actos de entrega de ayudas técnicas las cuales no son de la mejor calidad y por lo tanto, no cumplen a cabalidad su función.
- Las EPS para el caso del régimen contributivo en salud y las ESE junto con las IPS para el caso del régimen subsidiado, tan solo realizan de manera muy ocasional acciones o actividades para sensibilizar y prevenir sobre la discapacidad. En ninguno de los dos regímenes mencionados, se dedican esfuerzos y recursos permanentes a sus afiliados para informar sobre el tema.
- De la población con discapacidad en el municipio, la que parece tener tanto mayor cobertura en salud como afiliaciones a las Instituciones que trabajan con ellos, es la población de niños y niñas con retardo mental, es decir, con discapacidad cognitiva, en orden descendente de número se encuentran la población con discapacidad física y en tercer lugar, las personas sordas, mudas e invidentes.
- Las personas con discapacidad que están siendo beneficiadas con Seguridad Social, reciben básicamente beneficios en la parte de salud pues es casi nula la población, que a la vez tiene cubrimiento o afiliación a sus

pensiones y riesgos profesionales. Por tal motivo, los actores sociales consideran que son pocos los beneficios que ha traído la seguridad social a las personas con discapacidad y por lo tanto, este sistema no es calificado o considerado óptimo en la atención a esta población.

- Las principales fallas que presenta el Sistema de Seguridad Social Integral frente a la población de personas con discapacidad, van desde la falta de cultura para la atención por parte de sus funcionarios y la falta de continuidad en los programas sociales, hasta la poca cobertura que se presenta tanto en zonas rurales como en las zonas periféricas de los centros urbanos y la misma corrupción de muchos de sus funcionarios, hasta la falta de la prestación de un servicio integral pues no se tienen en cuenta las verdaderas necesidades de las personas con discapacidad, porque se olvida por ejemplo, las opciones laborales y una capacitación adecuada en todos los niveles de servicios del sistema.
- La prevención es considerada uno de los temas más importantes cuando se habla de la discapacidad, sin embargo, éste no se ha tratado de manera continua como un programa que debería manejar el Estado con mayor interés. Brillan por su ausencia, las verdaderas campañas de prevención de la discapacidad que deben llevar a cabo las secretarías de salud y las administraciones municipales y departamentales.
- A pesar de que los actores sociales, son conscientes de los beneficios que traería a la población, una campaña integral de prevención de la discapacidad, el Sistema General de Seguridad Social Integral en Colombia, no ha diseñado ni aplicado ningún tipo de campaña para la prevención de la discapacidad en su población, se han realizado tan solo esfuerzos aislados, actividades lúdica, talleres y capacitaciones a algunos sectores de la población, con interrupciones en su continuidad, lo cual hace que el mensaje y el esfuerzo se pierda con gran facilidad.
- Las entidades que trabajan con población con discapacidad, realizan desde su experiencia y recursos, actividades que de una u otra manera están relacionadas o tratan el tema de la prevención, pero no se hace de manera continua o buscando un cubrimiento total de la población.

- Una adecuada campaña de prevención de la discapacidad deberá tener las siguientes características: llevar un mensaje claro y adaptado a las distintas clases de población (niños, adolescentes y jóvenes, adultos, tercera edad); fortalecer las campañas de vacunación y prevención de enfermedades de alto riesgo; llevar un mensaje de manera continua a poblaciones tanto urbanas como rurales; realizar acciones para una mayor seguridad social y protección civil; hacer un especial énfasis en la atención y servicios que deben tener las madres gestantes y los niños, como principal población afectada en los nuevos casos de discapacidad.
- La marcada diferencia entre los resultados de población con discapacidad a nivel nacional arrojados por el DANE según las proyecciones del crecimiento de la población para el año 2005 (que no es superior al 2.3%, ya que se propone una población de 377.480 habitantes y tan solo 7.732 personas con discapacidad) y los propuestos por la OMS y otras entidades internacionales (con un mínimo del 12%), puede presentarse debido a que desde décadas pasadas no se ha interrogado con claridad a los pobladores sobre sus deficiencias y limitaciones físicas, sensoriales y/o mentales, en registros poblacionales como en los censos nacionales o regionales.
- En la ciudad de Neiva, la entidad que representa y trabaja directamente con el mayor número de población con discapacidad se llama Carihula. Esta entidad, tiene un convenio con el Hospital General de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo y la Secretaría de Salud Departamental. La entidad Carihula, recibe de estas entidades asesoría permanente, apoyo logístico y cobertura en salud para con todos sus afiliados o beneficiados. De igual manera, Carihula brinda a todos sus afiliados los servicios de rehabilitación, orientación psicológica, terapia ocupacional, terapia laboral, y educación, todos ellos enfocados o especializados a la atención de las personas con discapacidad.
- Es importante la labor que realizan las entidades afiliadas a Asodisneiva, sin embargo, la cobertura que estas tienen apenas cubre a un poco más del 10% de la cifra registrada de personas con discapacidad según el DANE para el 2005.

10. RECOMENDACIONES

Las realizadoras de la presente investigación social, hacen las siguientes recomendaciones:

- Las instituciones tanto públicas como privadas que trabajen a favor de las personas con discapacidad, deben asumir de manera permanente y conciente la responsabilidad de la labor que aunque difícil deben seguir cumpliendo con sus afiliados y demás miembros de sus familias.
- Estas instituciones, deben buscar en todo momento dar una mejor dinámica, enseñar y enriquecer, enseñar valores adecuados o corregir los paradigmas inadecuados se presentan en la sociedad y por lo tanto, aportar en la tarea de ver y sentir a la discapacidad no como un problema social, sino como una situación particular y/o especial de las personas.
- Una persona con discapacidad que no tenga un adecuado contacto y relación social y laboral, comienza a desarrollar comportamientos que lo van aislando cada día más de su entorno familiar y social, por tal razón, tanto las instituciones que trabajan con la población con discapacidad como el SGSSI y demás políticas impartidas por el Estado frente al tema, deben propender por brindarle herramientas sociales y laborales a esta población para que de esta manera vuelvan a ser útiles a sus comunidades.
- Es pertinente señalar, que cuando se habla de discapacidad se busca necesariamente hablar o tocar el tema de la rehabilitación, como la forma más efectiva de contrarrestar esta situación, lo que efectivamente es muy útil e incluso verdadero. Sin embargo, no se debe entender únicamente el concepto de la rehabilitación desde el punto de vista de la recuperación física y de las capacidades motrices que puede volver a tener o cultivar la persona que se enfrenta una discapacidad, porque sería un error. El concepto de rehabilitación enfocado o tratado desde la discapacidad, se debe entender como un macro-concepto que encierra no sólo la recuperación física, sino también, la recuperación social, laboral, familia, mental y hasta espiritual del individuo afectado, en donde se relaciona también su entorno familiar. Es importante recuperar las capacidades físicas perdidas cuando una persona se enfrenta a una discapacidad, pero simultánea a esta situación, se le deben dedicar verdaderos esfuerzos para

recuperar en el paciente aquellos otros aspectos importantes para que sienta de esta manera, que puede volver a desempeñarse como un vecino, ciudadano, padre o madre de familia y ser espiritual que en alguna ocasión pudo haber sido o se espera de la sociedad que sea.

- De vital importancia es rescatar y poner en práctica el planteamiento que hace la OMS al afirmar que el 70% de las discapacidades se pueden prevenir, esto hace que incluso el tema de la prevención sea tan o más importante o se le deben dedicar más esfuerzos que al tema del tratamiento de la discapacidad. Al cobrar más importancia el tema de la discapacidad en todos los niveles (social, laboral, político, económico, etc.), se estará como consecuencia disminuyendo el número de personas que por falta de esta información pasan a tener una discapacidad, haciendo a su vez que se deban destinar menos recursos para la atención y el cuidado de estas personas.
- Se recomienda, que cada institución que trabaje en favor de la discapacidad como el mismo SGSSI trabajen de manera conjunta para redactar y poner en práctica una verdadera campaña de prevención de la discapacidad, dirigida de manera especial a cada tipo de población, es decir, una verdadera campaña de prevención de la discapacidad enfocada a la población infantil, otra a la población adolescente y juvenil, otra para los adultos y otra para las personas de la tercera edad. Aunque tendrían el mismo objetivo, una campaña de este tipo no podría contener la misma clase de mensaje si va por ejemplo dirigida a dos tipos de poblaciones diferentes, como son los niños y las personas de la tercera edad, porque cada una de estas poblaciones debe recibir un mensaje propio y pertinente a su forma de entender las cosas, su lenguaje desarrollado y capacidad mental.
- Se recomienda de igual manera, crear espacios lúdicos más intensos como complemento a los servicios ofrecidos por las instituciones que trabajan con discapacidad, con el objetivo de crear lazos amistosos más fuertes, mejorar la comunicación y el contacto con los beneficiarios de los programas y por lo tanto, se puedan enriquecer directamente las relaciones personales que pueden seguir existiendo entre ellos a pesar de haber de por medio una situación tan complicada como puede ser una discapacidad.

- Se debe fortalecer la acción y desempeño de la entidad Carihuilá. Es importante el convenio que en la actualidad y desde hace dos años se celebra con entidades como el Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo y la Secretaría de Salud Departamental, sin embargo, se pueden y deben realizar acciones más amplias y eficaces en lo relacionado con captar más número de afiliados a la entidad, puesta esta cuenta con unas instalaciones y equipamiento tal, que permite atender a más personas con cualquier tipo de discapacidad y edad.
- Se ha de motivar a entidades públicas y privadas, para que realicen acciones , campañas de sensibilización y propuestas de acción de manera más frecuente, más duraderas en el tiempo y dando más importancia al tema de la prevención, como principal herramienta para disminuir los altos índices presentados en las distintas regiones colombianas, teniendo en cuenta las afirmaciones de la OMS y otras entidades similares, que de cada diez casos de discapacidad presentada por causas no congénitas o hereditarias, siete se pudieron haber evitado con unos controles médicos y nutricionales básicos realizados a tiempo.

BIBLIOGRAFIA

ANUARIO ESTADÍSTICO DEL HUILA 2003, Departamento Administrativo de Planeación, Gobernación del Huila, Neiva, 2004

BASTOS, ANTONIO., INVESTIGACIÓN EDUCATIVA, Instituto Internacional de Teología a Distancia, 4ª edición, Bogotá D.C., Editorial Indo-American Press Service, 1998, pág. 102

BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.

CENSO 1993, Colombia, Huila, págs 14 y 15.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL DEL INVESTIGADOR SOCIAL, redactado por el Consejo Nacional de Psicología, aprobado según ley 58 de 1983, 1ª edición, Bogotá, ediciones ARFO, junio de 1986, 106 p.

COMTE, J. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA, 2ª edición, México, Ed, Mac Graw Hill, 1997, pág. 189.

CONPES SOCIAL, DOCUMENTO DEL CONSEJO NACIONAL DE PLANEACIÓN, República de Colombia, política pública nacional de discapacidad, Bogotá, versión magnética julio de 2004.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991, Corte Constitucional, Sentencia T-595-02, Versión magnética.

DEFINICIÓN DE VARIABLES PERTINENTES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD O CAPACIDADES EXCEPCIONALES, República de Colombia, Ministerios de Protección Social y Educación Nacional, Informe final Taller con Discapacidad. Formato pdf, Octubre 7 de 2003.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, DANE, Dirección de Censos y Demografía, Censos de Población y Vivienda 2005, Población con Discapacidad, Taller de concertación sobre información estadística de discapacidad, Bogotá, mayo del 2002.

GUTIERREZ, HUGO. LOS ELEMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN. Ed. El Buho, Santafé de Bogota, 1991, pág 199.

HERNANDEZ SAMPIERI, ROBERTO Y OTROS., METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, 2ª edición, México. D.F., Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores .S.A., 1998, Pág 58.

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE LA DISCAPACIDAD, DANE, Versión preliminar, formato pdf, julio de 2004.

LEGISLACIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE BARRERAS LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978 en su art. 9, párrafo 2º,

LEY 100 DE 1993, (Diciembre 23), Preámbulo, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética de 23 de diciembre de 1993

LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, versión magnética.

“POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD 2005–2007”. República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 80.

SUAREZ, PEDRO. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: Diseños y técnicas. Bogotá, Orión, 2001, pág. 109

TALLER DE CONCERTACIÓN SOBRE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE DISCAPACIDAD, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Censos de Población y Vivienda 2005, Población con Discapacidad, Bogotá, versión pdf, mayo del 2002.

TORRES, C. ALFONSO, APRENDER A INVESTIGAR EN COMUNIDAD II,, F.C.S.H de la UNAD, Ediciones Arfín, primera edición, Santafé de Bogotá, 1996, pág 115.

www.discapnet/actualidadencifras/47kij--htm

www.escalonesno/conceptos-kj4-.htm

www.escalonesno/índice/definiciones.htm

www.fonprevial.org.co.PDF/Est2001Resu/AccCol2001Res.pdf

www.minusval2000_com-accesibilidad.htm

www.minusval2000com-derechossocialesyciviles.htm

www.minuval2000-textos/historiadela discapacidad.htm

www.movimientointernacionalvidaindependiente.htm

www.oms/articulosdelasemana/-14lok-24octubre2002-mundial.htm

www.USIA- sociedadyvaloresestadounidenses/discapacidad.htm

ANEXOS

ANEXO A: Modelo de entrevista utilizada

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
POSTGRADO GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

**OBJETIVO: DETERMINAR LA SITUACIÓN GENERAL DE LA DISCAPACIDAD Y SU
RELACIÓN CON LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS INSTITUCIONES QUE TRABAJAN
CON LA DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE NEIVA, HUILA.
AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN Y OBJETIVIDAD EN LAS RESPUESTAS**

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Entidad: _____
Cargo: _____ Años de labor: _____

DISCAPACIDAD

1. Con qué tipo de discapacidad trabaja esta entidad? _____

2. Mencione dos de los principales servicios que presta esta entidad a sus integrantes ? _____

3. Para usted, en qué estado de desarrollo se encuentra la discapacidad en la ciudad de Neiva?
1: Muy malo: _____ 2: Malo: _____
3: Regular: _____ 4: Bueno: _____
4. Piensa usted que en la ciudad de Neiva se presenta gran porcentaje de población con discapacidad, en comparación a otras regiones? _____

SEGURIDAD SOCIAL

5. Todos los usuarios que asisten o pertenecen a esta entidad, tienen algún tipo de seguridad social? SI _____ NO _____ N.S/N.R. _____

6. Qué tipo de seguridad social tienen los integrantes de esta entidad?
Régimen contributivo: _____ Régimen subsidiado: _____
Vinculados: _____ Régimen especial: _____

COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

7. Qué beneficios ha traído la Seguridad Social Integral a las personas con discapacidad de la ciudad o de esta entidad? _____

8. Cómo califica usted la Seguridad Social Integral, recibida por las personas con discapacidad de la ciudad de Neiva? _____

1: Muy mala: _____ 2: Mala: _____
3: Regular: _____ 4: Buena: _____
5: Muy buena: _____

9. Cree usted que el Sistema de Seguridad Social Integral beneficia o cubre a todas las personas con discapacidad de la ciudad?: SI _____ NO _____ N.S/N.R _____,
Por qué? _____

10. Desde su experiencia con las personas con discapacidad, cuáles pueden ser las fallas que se presentan en el Sistema de Seguridad Social Integral? _____

11. Qué cambios o mejoras debe tener el Sistema de Seguridad Social Integral, para que tenga una mejor cobertura de las personas con discapacidad? _____

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

12. Qué piensa usted de la prevención de la discapacidad? _____

13. Sabe usted si alguna entidad ha realizado o realiza campañas o estrategias para la prevención de la discapacidad? SI _____ NO _____Cuál? _____

14. Sabe usted si el Sistema de Seguridad Social Integral de Colombia adelanta campañas o estrategias para prevenir la discapacidad?

SI _____ NO _____ N.S/N.R _____,

15. Qué actividades realiza esta entidad sobre el tema de la prevención de la discapacidad?

16. Cree usted que en la ciudad de Neiva hace falta realizar campañas de prevención de la discapacidad continuamente, en la población en general?

SI _____ NO _____ N.S/N.R _____, Por qué? _____

17. Cómo sería para usted, una buena campaña de prevención que llevara a cabo esta entidad?_

Fecha: _____

Entrevistador: _____

ANEXO B: Avances de la discapacidad en Antioquia

Información del Comité de Rehabilitación de Antioquia en la Red DISNNET

La E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardio Neuro Muscular del Norte de Santander, en cabeza del médico Hernando José Mora G. en Convenio con la Gobernación del Departamento, está liderando la implementación de la política pública de discapacidad.

Durante una semana hasta el pasado 3 de febrero se desarrolló en el auditorio de la E.S.E. Centro de Rehabilitación, un taller sobre el tema orientado por la Directora Ejecutiva de El Comité Regional de Rehabilitación Libia Elvira Henríquez M., y la médica fisiatra Blanca Cecilia Cano R., de la misma institución. El Comité es la Entidad que ha liderado dicho proceso y operativizado la política pública en discapacidad en Antioquia.

Esta alianza entre el Departamento de Norte de Santander, la E.S.E. Centro de Rehabilitación y El Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia, permitirá el fortalecimiento de los programas de discapacidad en dicho Departamento, así como el acompañamiento en el proceso de constitución de la Política Pública, procesos de rehabilitación comunitarios, estrategias de participación y empoderamiento de las personas con discapacidad de Norte de Santander.

Durante el taller se diseñó un plan de acción en construcción frente a la política pública el cual será liderado por diferentes entidades y personas que demostraron su interés en desarrollar dicho proceso.

Esta actividad es de vital importancia para El Comité Regional de Rehabilitación, toda vez que de esta forma se unifica a nivel nacional el cumplimiento de los derechos y lineamientos en materia de Política Pública y discapacidad para la promoción y prevención, en la habilitación y rehabilitación y la equiparación de oportunidades, acorde con el interés de la Presidencia de la República de multiplicar a nivel nacional un esquema básico para la implementación y construcción de Política Pública en Discapacidad para mejorar la calidad de vida de los Colombianos.

Información Punto y Señal - Antioquia

Cuando las normas para incluir en la comunicación masiva a las personas con discapacidad obligan la incorporación del closed-caption, esos letreros en blanco sobre un cuadro negro para que los sordos entiendan la idea, y cuando, de buena fe, los canales incluyen esporádicamente un intérprete en lenguaje manual colombiano, surge en Teleantioquia un programa sin antecedentes en ninguna televisión del mundo. Un programa sobre discapacidad que no sólo sirva a la audiencia televidente, sino a los televidentes no oyentes y a los oyentes no videntes o que tienen poca visión.

La iniciativa fue del Comité que coordina la política pública de discapacidad en Antioquia, donde están representados más de treinta organismos estatales y privados que deben intervenir en el tema. En ese conjunto, dos comunicadores con discapacidad, un diputado y su asistente, otra comunicadora, son quienes más intervienen en la preproducción.

Teleantioquia da auspicio a la idea y confían la realización a la Cooperativa de Periodistas de Colombia, con dieciocho años en la televisión regional. El Canal de los antioqueños abrió un espacio los festivos no dominicales a las once y treinta de la mañana. Pronto Telemedellín ofreció la retransmisión del espacio el mismo día en prime time.

Casi todo el programa tiene como intención mostrar cómo debe procederse para que las entidades y personas hagan más rica la vida de todos, cómo acceder a servicios y derechos, además de contar historias que no son "humanas" ni conmovedoras. Nadie es tan extraordinario como para conmover por lo distinto que es. Los personajes tienen derecho en el programa por hacer lo que tienen que hacer, con un amor mayor.

Un consejo de redacción conformado por cuatro comunicadores y algunos miembros del Subcomité Departamental de Atención a la Discapacidad, determina los temas. Un director-realizador, asistido por la comunicadora mencionada, hace la totalidad del programa con los mínimos costos que permite una producción de calidad broadcast porque, salvo dos patrocinios constantes, el deseo ha podido sobre la poca pauta. "Punto y Señal" junta en uno, cinco programas. Uno para ciegos, otro para los que ven muy poco, uno más para los sordos que entienden el

lenguaje manual colombiano, el cuarto programa para los sordos que tienen lectura labiofacial, y el último... para los televidentes. En Antioquia, cada grupo, menos los televidentes, defiende ser incluido y manifiesta complacencia, sugerencias y enojos al cabo de cada emisión.

Los retos técnicos han sido mayores. Para los ciegos, por ejemplo, quien sale en pantalla debe decir quién es, dónde está, qué está haciendo, de qué va a hablar... aparte de que no puede utilizarse ni sonidos artificiales, ni músicas que hagan pensar que en el sitio hay una orquesta, ni silencios prolongados o clips musicales que facilitarían la inclusión de buenas imágenes, pero dejarían al invidente o al de poca visión en una situación de confusión y desventaja. Con quienes ven poco, el reto es "limpiar" las imágenes para que nada confunda, para que el sujeto o el objeto aparezcan aislados, para que no haya movimientos ni sujetos distractores, para que el color del fondo permita distinguir al sujeto.

A los sordos que saben señas y que hacen del lenguaje manual colombiano su primera lengua y como segunda el castellano escrito, se les reservó casi una tercera parte vertical de la pantalla a la derecha donde en holgado tamaño va un intérprete que en el tiempo real del programa da a entender qué está rodando.

Esto, además, supone un reto de composición. Las imágenes de "Punto y Seña" no sirven a nadie porque el camarógrafo debe reservar un espacio a la derecha en cada toma con el fin de que el intérprete no se "monte" sobre ningún objetivo. Igualmente, se juega con el mínimo de movimientos posibles para evitar que la sobreimposición cause ruido y por seguir el movimiento, se dificulte la visión panorámica que debe tener el sordo. Así que los tilts, paneos y zooms son los mínimos imposibles de evitar.

Los sordos que tienen al español hablado como primera lengua y el escrito como segunda, han obligado a reestructurar el tratamiento de imagen, de tal manera que el plano de quienes salgan en pantalla debe ser más cerrado y sus ideas deben expresar una unidad descriptiva tal, que el sordo oralizado haya entendido el contexto cuando aparezcan las imágenes de apoyo.

Para el televidente, le tenemos un programa que, con seguridad, le sensibilizará a una realidad no común. Lo mejor para el realizador, sería hacer cinco programas por satisfacer la necesidad de cada público. El deseo es que una entidad auspicie la realización semanal del espacio desde el año entrante y, con el tiempo, hacer los cinco programas que hoy están en uno solo, con la expectativa de satisfacer discapacidades como las cognitivas o mentales.

Julián Ochoa Restrepo - Director "Punto y Seña". Citado por: www.discapacidadcolombia-noticiasdisc/medellin.htm