

**ANALISIS EN EL CONTEXTO COLOMBIANO DE LA POLITICA PÚBLICA
EN DISCAPACIDAD Y LA SALUD**

**Investigadora principal:
MÓNICA ALEJANDRA MONDRAGÓN**

**Co-Investigadora
SHIRLEY SARAIVIA SALDAÑA**

**CONVENIO UNIVERSIDAD CES-UAM
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
MEDELLÍN
2013**

**ANALISIS EN EL CONTEXTO COLOMBIANO DE LA POLITICA PÚBLICA
EN DISCAPACIDAD Y LA SALUD**

**Investigadora principal:
MÓNICA ALEJANDRA MONDRAGÓN**

**Co-Investigadora
SHIRLEY SARAIVIA SALDAÑA**

Trabajo de monografía, para optar el título de Fisioterapeuta

**CONVENIO UNIVERSIDAD CES-UAM
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
MEDELLÍN
2013**

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	5
1. PLANTEAMIENTO	6
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	10
4. METODOLOGIA	11
5. MARCO TEÓRICO	12
5.1 POLÍTICA PÚBLICA	12
5.1.1 Modelos de Política Pública	12
5.1.1.1 Modelo Racional	12
5.1.1.2 Modelo Incremental	13
5.2 DISCAPACIDAD	13
5.2.1 Modelos de Discapacidad	14
5.2.1.1 Modelo Medico-Biológico	14
5.2.1.2 Modelo Social	14
5.2.1.3 Modelo Bio-psico-social	14
5.2.1.4 Modelo Universal	15
5.2.2 Tipos de Discapacidad	15
5.3 POLÍTICA PÚBLICA EN DISCAPACIDAD	16
5.3.1 Políticas de Salud en Discapacidad	16
5.4 APROXIMACIONES AL CONTEXTO MUNDIAL DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	17
5.5 COLOMBIA Y SU POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA LA DISCAPACIDAD	23
5.5.1 Ley 361 de 1997	23
5.5.2 Ley 1145 de 2007	23
5.5.3 Ley 1438 de 2011	23
5.5.4 La Ley 1618 de 2013	24
5.5.5 Ley 1346 de 2009	24
5.5.6 Ley 1145 de 2007	24
5.6 COMPONENTES DE POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	25
5.6.1 Promoción y Prevención	26
5.6.2 Equiparación de Oportunidades	26
5.6.3 Habilitación y Rehabilitación	26
5.6.4 Comunicación e Información	26
5.6.5 Investigación y Formación	26
5.7 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD EN COLOMBIA	28

5.7.1 Afiliación al Régimen la Salud	29
5.7.2 Rehabilitación y Habilidad	29
5.8 PERTINENCIA DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN COLOMBIA	30
5.9 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN RELACIÓN CON LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	32
6. CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFIA	35

INTRODUCCIÓN

La falta de coordinación en los servicios de salud, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia para atender población con necesidades especiales, pueden afectar la calidad, la accesibilidad y la idoneidad de atención que reciben las personas con discapacidad. Esta percepción puede verse apoyada por lo reportado en la Encuesta Mundial de Salud, la cual menciona que en ésta población, existen el doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia en salud carecen de la competencia adecuada para atender sus necesidades(1,2).

Esta situación connota un motivo importante de preocupación para la salud pública, pues los datos estimados de discapacidad, unidos a una prevalencia que se está incrementando paulatinamente, implican que deben hacerse esfuerzos ingentes por garantizar los derechos de ésta población vulnerable y así contribuir a mejorar su calidad de vida. De allí que los gobiernos y la sociedad civil requieran continuamente del análisis concienzudo de las necesidades que deben suplirse y planificar las políticas para lograrlo. Para tal fin, han surgido entes encargados de realizar ésta lectura de la discapacidad, siendo el más notable a nivel global el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (la sigla en inglés, CRPD) creado por la Organización de Naciones Unidas (ONU). También se han desarrollado eventos que han permitido la participación de los estados como lo es la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y se han recabado datos de gran valor, entre los que resaltan por su trascendencia y actualidad, los del Informe Mundial de Discapacidad, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(1,3).

En Colombia, el Estado ha venido trabajando durante años en la construcción e implementación de una política pública que permita el reconocimiento y garantía de los derechos a que tienen lugar las personas con discapacidad; sin embargo, algunos investigadores han advertido que se requieren políticas incluyentes, más que de una política de discapacidad específica o especial, para dar respuesta efectiva a las principales necesidades y cumplir con los compromisos asumidos por el estado ante la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad(4).

El propósito de ésta monografía es hacer una revisión sobre las políticas públicas de salud en Colombia relacionadas con la discapacidad y analizar la pertinencia de las medidas desarrolladas para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población objeto de estudio.

1. PLANTEAMIENTO

Las políticas públicas se pueden entender como el marco único de realización de una negociación entre el estado y una sociedad, en la cual estos actores trabajan en beneficio de ésta última, buscando resolver problemas puntuales. En el mundo, la política pública en discapacidad busca promover a las personas en situación de discapacidad como sujetos de derecho y como principales legitimadores de la misma, asumiéndolas en el entorno en que se desenvuelven, con el fin de garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos, con equidad, y de ofrecer oportunidades a todos los ciudadanos, en una apuesta por la transformación cultural y social(5).

No obstante, la formulación de dichas políticas no siempre tiene en cuenta todas las necesidades de las personas con discapacidad, la norma existe y pero no se ejecuta como es debido. Por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que más del 50% de la población con discapacidad no puede costear los servicios de salud, de allí parte la limitante para tener acceso a estos servicios(6).

Los diferentes países han venido trabajando las políticas públicas en salud para las personas con discapacidad, pero en ocasiones estas no responden a las necesidades que demanda dicha población, esto se debe a que existen limitantes como son la falta de datos estadísticos, errores en los diseños de las políticas y escasez de recursos, lo que dificulta aún más la implementación de las mismas dando respuestas insatisfactorias a los diferentes servicios que éstas personas requieren.

Es importante tener en cuenta que las personas con discapacidad en ocasiones tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria, estas personas son particularmente vulnerables. Ellas tropiezan con una gran variedad de obstáculos, entre ellos la asequibilidad de los servicios de salud y el transporte, que son dos de los motivos principales por los no reciben los cuidados que necesitan. En los países de ingresos bajos, un 32% o 33% de la población general no puede costearse una asistencia sanitaria, ocurriendo éste fenómeno en el 51% a 53% de las personas con discapacidad(6), por lo que la falta de servicios apropiados para estas personas es una barrera importante que impide el acceso. Investigaciones realizadas en los estados de Uttar Pradesh y Tamil Nadu, en la India, revelaron que después del costo, la falta de servicios fue la segunda barrera en importancia para el uso de los establecimientos sanitarios(6).

Adicionalmente, el acceso desigual a los edificios (hospitales, centros de salud), el equipo médico inaccesible, la mala señalización, las puertas estrechas, las escaleras interiores, los baños inadecuados y las zonas de estacionamiento inaccesibles crean obstáculos para usar los establecimientos de asistencia sanitaria. Las personas con discapacidad perciben con una

frecuencia cuatro veces mayor, que son mal tratados por el personal de salud y que se les niega la asistencia sanitaria(6).

La OMS, con el fin de mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, orienta y apoya a los estados para que aumenten la conciencia con respecto a los problemas y promueve la inclusión de éstas personas, en las políticas y programas nacionales de salud, a la vez, que recomienda la recopilación y divulgación de datos e información acerca de la discapacidad, promoviendo así, la elaboración de instrumentos normativos para fortalecer la asistencia sanitaria, con el fin de generar capacidad de decisión entre los formuladores de políticas y los prestadores de servicios de salud, fomentando la ampliación de la rehabilitación basada en la comunidad, y contribuyendo a que las personas con discapacidad estén enteradas acerca de sus propios problemas de salud(7).

En Colombia, el Congreso Nacional aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, por medio de la Ley 1346 de 2009. Del mismo modo, los entes estatales reconocen la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas en ésta condición, como factor indispensable para la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional(8).

En el artículo 25 de la Ley 1346, se dice que los estados partes proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad, específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y los servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, exigiendo a los profesionales de la salud, que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado. Las estrategias implican la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad, a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado(8).

A pesar de la existencia de la ley en ocasiones se vulnera el derecho fundamental a la seguridad social y a la salud, cuando no se garantiza el acceso a estos servicios y al no tomar las medidas necesarias para corregir estas desigualdades, la inclusión de estas personas se ve limitada.

2. JUSTIFICACIÓN

Según el estudio “Discapacidad en Colombia: Retos para la Inclusión en Capital Humano”, realizado por la Fundación Saldarriaga Concha en 2011, en la mayoría de los hogares colombianos en los que viven personas con discapacidad, las privaciones son notorias y críticas por la poca atención que reciben de acuerdo con los insuficientes recursos de los que disponen; la presencia del Estado es marginal en buena parte del territorio nacional(4).

Esta situación puesta de manifiesto, hace necesario revisar las políticas públicas vigentes y los servicios actuales en salud, con el fin de priorizar las necesidades de estas personas, disminuyendo así la desigualdad en los servicios; también es urgente determinar si las políticas públicas en nuestro país abordan los mecanismos propuestos en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, y si estos se cumplen a cabalidad, para mejorar el acceso a los servicios y por ende a la inclusión de las personas con discapacidad.

Así mismo, según la Ley 528 de 1999(9), el profesional en Fisioterapia de acuerdo con su conocimiento y capacitación, tiene el deber de participar, diseñar, y asesorar el desarrollo de planes, programas y proyectos de políticas públicas, de promoción del movimiento corporal humano y de la salud, de habilitación de la discapacidad y de prevención de la discapacidad (9,10), por lo que es fundamental abordar dichas temáticas, con el fin de tener pleno conocimiento de las políticas e igualmente tener participación para la construcción de las mismas.

El propósito de esta monografía fue realizar una revisión sobre las políticas públicas de salud en Colombia relacionadas con la discapacidad y analizar la pertinencia de las medidas desarrolladas para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población objeto de estudio. La viabilidad de este estudio fue posible gracias a la disponibilidad y el acceso a bases de datos y revistas de carácter científico, datos estadísticos confiables y la legislación que ampara a las personas con discapacidad; gracias a esta documentación revisada, se pudo construir este documento que abarca los avances que en política pública en salud ha tenido nuestro país en los últimos 10 años.

Se consideró de importancia ésta revisión, pues permitirá a los estudiantes y a los fisioterapeutas acceder a información veraz y clara sobre éste tópico específico para permitir la comprensión de las políticas públicas en salud y poder pensar desde lo disciplinar en los aportes que se han hecho y que pueden llegar a hacerse con una lectura de la realidad nacional en un tema tan álgido como es la discapacidad y la salud. Por tanto este documento se puede convertir en un referente para el proceso de enseñanza- aprendizaje, que va en pro del mejor desempeño profesional en la atención a las personas con discapacidad.

Abordar esta temática desde la academia tiene también relevancia social, ya que presenta múltiples retos, los cuales pueden llevar a realizar modificaciones y propuestas desde diferentes áreas del conocimiento, que actúan a favor del crecimiento y optimización de la práctica profesional, y contribuyen a que el profesional en fisioterapia, en su caso particular, pueda desde su quehacer diario, procurar un adecuado cumplimiento de las normas derivadas de las políticas públicas, para propender por la calidad de vida, no solo de las personas con discapacidad si no de todos los ciudadanos.

3. OBJETIVOS

- Realizar una descripción de la política pública en salud que existe en Colombia en cuanto a discapacidad.
- Analizar la pertinencia de la política pública en discapacidad, relacionada con la salud, en función de la garantía de los derechos de la personas con discapacidad.
- Identificar algunos posibles roles del fisioterapeuta en la construcción y desarrollo de política pública en discapacidad, en relación con la salud.

4. METODOLOGIA

Estudio con enfoque cualitativo, de tipo documental, con un diseño de monografía de compilación que pretende mostrar la política pública en salud existente en Colombia encaminada al manejo de la discapacidad, algunos ejemplos internacionales de su aplicabilidad y la pertinencia de su implementación en el ámbito nacional.

Se fundamentó en la revisión del marco legal para la discapacidad, contenido en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual se basa en los derechos humanos, de igual manera la constitución política de Colombia, y las leyes 361/97, 1145 de 2007, 1346 de 2009, 1438 de 2011, 1618 de 2013 y la ley 528/99(9) la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de Fisioterapia.

El desarrollo de la temática en discapacidad fue abordada a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); así mismo la política pública se abordó con los documentos anteriormente descritos. Se realizó una búsqueda a través de diferentes bases de datos (Pubmed, EBSCOhost, Celsus, Scielo) teniendo en cuenta los siguientes criterios de selección: temas relacionados con política pública en discapacidad, con palabras clave (en términos DeCs y MeSH): discapacidad, política, salud, inclusión y derechos. Se prefirieron los documentos en inglés, portugués y español; se tuvieron en cuenta revisiones, artículos originales, estudios de casos, encuestas y estadísticas comprendidas en un periodo tiempo de 10 años.

5. MARCO TEÓRICO

El Informe Mundial de Discapacidad se publicó en 2011 y presentó los datos disponibles sobre la discapacidad, con el fin de facilitar que los Estados partes cumplan con los compromisos adquiridos en la Convención, pues ofrecía a los gobiernos y la sociedad civil un análisis exhaustivo de la importancia de la discapacidad, y hacía recomendaciones para la adopción de medidas de alcance nacional e internacional que podrían mejorar las condiciones de vida para esta población(1).

5.1 POLÍTICA PÚBLICA

Son las respuestas que el estado puede dar a las demandas de la sociedad, en forma de normas, instituciones, prestaciones, bienes públicos o servicios. En este sentido, está ligado directamente a la actividad del estado en tanto ejecutor, es decir, aludiendo a la administración del estado, centralizada o descentralizada. Involucra una toma de decisiones y previamente un proceso de análisis y de valorización de dichas necesidades(11).

El concepto evolucionó a través de los años de acuerdo a diversos académicos. Dyeen 1972 definió la política pública enunciando que “es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer”(12); Aguilar Villanueva (1996) (12) señala que una política pública es “en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en consecuencia, c) los hechos reales que la acción colectiva produce”. Finalmente, Kraft y Furlong (2006) (12) plantean que una política pública es un curso de acción o de inacción gubernamental, en respuesta a problemas públicos: “Las políticas públicas reflejan no sólo los valores más importantes de una sociedad, sino que también el conflicto entre valores. Las políticas dejan de manifiesto a cuál de los muchos diferentes valores, se le asigna la más alta prioridad en una determinada decisión”(12).

5.1.1 Modelos de Política Pública. Los modelos que explican la toma de decisiones sobre la política pública son el racional y el incremental.

5.1.1.1 Modelo Racional. Tiene su origen en la teoría económica; plantea los pasos a seguir los cuales son: identificar el problema, definir los objetivos, analizar todas las alternativas, examinar las consecuencias, elegir las alternativas que maximizan los objetivos(12). En este modelo se toman las decisiones entorno a una política pública, no siempre se tiene en cuenta todas las alternativas posibles clasificadas en un orden de importancia decreciente. Generalmente la decisión se toma en un contexto en el que intervienen

múltiples actores y en el que existen diversas presiones, tiempos escasos e informaciones incompletas. Esto constituye la racionalidad limitada, una realidad bien alejada del modelo racional de toma de decisiones(12).

5.1.1.2 Modelo Incremental. Realiza una crítica del modelo racional porque lo considera irreal. Quienes toman decisiones no cuentan con la capacidad de recabar toda la información que el modelo requiere; además, los objetivos suelen ser poco claros, ambiguos o estar en conflicto. Entonces, es necesario adaptar el modelo a la limitada capacidad cognitiva de quienes toman las decisiones de política pública, permitiendo reducir el costo y trabajo que significa la recolección y análisis de información(12).

Generalmente se tienen instrumentos para plantear e impulsar las políticas públicas, dependiendo del tipo de actores que intervienen (dirigentes políticos, profesionales, personas con discapacidad, familiares etc), éstos pueden variar. Para el caso del gobierno a través de sus instituciones al elaborar una propuesta se basan en los siguientes aspectos:

- Las normas jurídicas a través de estas los poderes públicos autorizan y establecen las actividades que constituyen las políticas, y también, limitan la discrecionalidad en el actuar de los que la elaboran y ejecutan. Es decir, basarse en todo tipo de norma y ley establecida(11).
- Los servicios de personal, elaborar las políticas requiere infraestructura humana, organizativa y de material.
- Los recursos materiales destacan principalmente los financieros ya que son lo que suelen ser más restringidos.
- La persuasión, los ciudadanos consideran al gobierno como legítima expresión de la interpretación mayoritaria de los intereses generales de la sociedad. Es por esto, que se debe responder correctamente a las demandas sociales, ya que el gobierno como ente debe velar por los intereses de los que están bajo su tutela(11).

5.2 DISCAPACIDAD

Por muchos años la discapacidad fue tratada como un problema exclusivo del sector de la salud, e inicialmente las personas con discapacidad fueron consideradas individuos con defectos físicos y mentales; posteriormente aparece el concepto de invalidez que se definió como la dificultad para realizar actividades que según la edad, sexo, y entorno social se consideran básicas para la vida diaria, este concepto se mantuvo hasta la década de los 70's. A partir de los 80's, se vienen desarrollando internacionalmente, de forma

específica por parte de la OMS, algunas acciones para concertar e institucionalizar la terminología(13). En la actualidad se entiende discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación social; las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas; las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características de la sociedad en la que vive un individuo(14).

5.2.1 Modelos de Discapacidad. La CIF emitida en el año 2001 por la OMS cambia el paradigma bio-médico dominante hasta el momento por un enfoque bio-psicosocial y ecológico, en donde se interviene de manera integral la individualidad y la equiparación de oportunidades en la población con discapacidad(14).

5.2.1.1 Modelo Medico-Biológico. En él se consideraba la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud(15).

5.2.1.2 Modelo Social. Desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es en realidad un hecho social, en el que las características del individuo tienen sólo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuestas a las necesidades derivadas de sus déficits, considera el fenómeno como un problema de origen social y como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto / entorno social; por lo tanto el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social pide el cambio social(15).

5.2.1.3 Modelo Bio-psico-social. Es la visión integradora de los modelos descritos, sobre todo de los opuestos: el médico y el social, y es por el que apuesta la CIF, intenta conseguir una síntesis, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, que sustentan la discapacidad, y así poder

desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos(15).

5.2.1.4 Modelo Universal. Se plantea la discapacidad como un hecho universal en el que toda la población está en situación de riesgo. En el principio de universalización, las iniciativas políticas deben dirigirse a toda la población, ya que todos están en riesgo de ser personas con discapacidad, siendo la discapacidad y la capacidad los extremos de un continuo. Este modelo asume que la discapacidad no es un atributo que diferencia una parte de la población de otra, sino que es una característica intrínseca de la condición humana. La visión universal de la discapacidad supera los elementos de estigmatización y discriminación que la caracterizaban, este modelo se está promoviendo en los países más desarrollados, donde aún no se ha establecido un modelo para las personas con discapacidad(15). La convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, del 13 de Diciembre de 2006, adopta un modelo social de discapacidad, y entre ellos se define personas con discapacidad como aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás(16).

5.2.2 Tipos de Discapacidad

- **Discapacidad Física.** Se puede definir como desventaja resultante de una imposibilidad que limita e impide el desempeño motor de la persona afectada(17).
- **Discapacidad Cognitiva.** Dificultades en el nivel de desempeño en una o varias funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuestas que intervienen en el procesamiento de la información y por ende en el aprendizaje(17).
- **Discapacidad Sensorial.** Problemas en la comunicación y el lenguaje en personas con deficiencias visuales o con los sonidos(17).
- **Discapacidad Intelectual.** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo(17).

5.3 POLÍTICA PÚBLICA EN DISCAPACIDAD

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD) actualmente está en el proceso de construcción de la nueva política pública en discapacidad en respuesta a las nuevas concepciones en el abordaje de la discapacidad, a los postulados de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, al marco jurídico, y a los compromisos señalados en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 el cual está en proceso de adopción y adaptación por los departamentos colombianos, este busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano.

Bajo los enfoques de derechos y diferencial este Ministerio se propuso adelantar la movilización de los diferentes actores sociales en torno a la definición de los insumos requeridos para la formulación de la nueva política pública de discapacidad e inclusión social; para el logro de los efectos señalados, se organizaron talleres regionales de discusión y construcción en los diferentes departamentos del país(18), por lo que se está a la espera de los informes finales para dar sustento a la construcción prevista.

5.3.1 Políticas de Salud en Discapacidad. El Ministerio de Salud y protección social en Colombia, ha venido adelantando acciones e implementando estrategias desde años anteriores, en cuanto a salud, enfocándose en los servicios de promoción y prevención de la enfermedad, la cobertura al régimen de salud y los servicios de rehabilitación descritos en el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES)(19).

Debido a éste enfoque, el estado y la sociedad colombiana, han dirigido sus esfuerzos a la puesta en marcha de sistemas que permitan monitorear y vigilar las causas de las enfermedades asociadas a discapacidad, así como el desarrollo e implementación de estrategias preventivas en torno al ciclo vital de las personas y las familias, expresadas en la promoción de estilos de vida, actitudes y comportamientos saludables, y en estrategias de promoción como las escuelas saludables, entre otros(19).

Durante las vigencias 1999-2003, MINSALUD invirtió un total de \$12.454 millones de pesos del Presupuesto General de la Nación, con el fin de apoyar acciones encaminadas al mejoramiento de los servicios de rehabilitación para la población con discapacidad de los niveles 1 y 2 del SISBEN no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que estando afiliada al régimen subsidiado de salud tuviera exclusiones en el Plan de Beneficios para su rehabilitación funcional.

Dichos recursos fueron asignados a las Secretarías de Salud Departamentales, municipales y distritales, así como a 14 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Los proyectos ejecutados por las Secretarías de Salud se orientaron

a: 1) fortalecer las Redes de Apoyo a la Discapacidad; 2) conformar los Bancos de Ayudas Técnicas; 3) acondicionar y mejorar el acceso físico en instituciones que prestan servicios de rehabilitación, y 4) implementar proyectos de Rehabilitación con Base en la comunidad (RBC). Los recursos asignados a los hospitales tuvieron como finalidad fortalecer las Unidades de rehabilitación(19).

En cuanto al Aseguramiento en salud, el anexo 5 del CONPES 80 presenta la cobertura indicativa del régimen subsidiado para el año 2000 por edad y sexo. La afiliación al régimen subsidiado de la población pobre muestra bajas coberturas para los menores de 5 años y de 20-54 años con relación a los demás grupos de edad. Las mayores coberturas se concentran en la población mayor de 45 años, lo que indica una preocupación por parte de los municipios por proteger de las contingencias en salud a los grupos de mayor edad. Sin embargo, llama la atención que las personas con limitación sensorial y motora aparecen con mayor afiliación al Régimen Subsidiado(19).

La baja cobertura en la afiliación de la población infantil, unida al índice de población infantil afiliada con limitaciones, puede constituirse en un elemento que incremente la vulnerabilidad de las familias en el futuro, así como tener un impacto desfavorable en los costos de atención para la familia y la sociedad. Lo anterior indica que la focalización, dado el actual marco legal, puede ser mejorada, pues la norma señala como prioridad de afiliación a los niños recién nacidos(19). En cuanto a estrategias de superación, los resultados más significativos se enmarcan en la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y acciones que buscan equiparar oportunidades y mejorar la accesibilidad a espacios físicos, medios e integración social y la rehabilitación en salud(19).

5.4 APROXIMACIONES AL CONTEXTO MUNDIAL DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es un instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas, destinado a proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Los Estados parte de la Convención tienen la obligación de promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos y garantizar el goce de plena igualdad ante la ley(16).

El texto aprobado en dicha Convención en diciembre de 2006, por la Asamblea General de Naciones Unidas en Nueva York, fue ratificado en mayo de 2008. Se trató del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración, que permitió un “cambio paradigmático” de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad(16).

Según esta Convención los Estados parte deben recoger datos relacionados con la discapacidad que les permitan aplicar los acuerdos allí pactados(20). Un ejemplo de cómo se recopilaría la información para la toma de decisiones, fue realizado en Australia, por la Oficina Australiana de Estadísticas, a través de la Encuesta de Discapacidad, Envejecimiento y cuidadores, en la que se llevó a cabo una recolección de datos en tres momentos (1998, 2003 y 2009) para estimar la proporción de mujeres y hombres con discapacidad, en edades comprendidas entre 25 y 64 años, la cual utilizó variables como sexo, edad, educación, ingresos, empleo, vivienda, y tipo de discapacidad (leve, moderada y severa); los indicadores socioeconómicos mostraron un aumento en la proporción de personas con discapacidad entre los años 1998 y 2003, indicando que las personas con discapacidad se encontraban en situación de desventaja ya que no poseían un trabajo bien remunerado y esta situación empeoraba con el tiempo(21).

El período de 1998 a 2003 fue un período de profundas transformaciones económicas y políticas, que afectaron negativamente las condiciones de vida de los más vulnerables en la sociedad australiana. A partir del análisis de los datos, se crearon algunas reformas, las cuales no fueron introducidas hasta 2010, pero se piensa que estas iniciativas y la introducción de *DisabilityCare* (servicio a la población con discapacidad) podrá reducir los niveles de desventaja que sufren las personas con discapacidad(21). En consecuencia, es importante que los investigadores de salud pública, los políticos y los profesionales responsables de identificar a las personas con discapacidad como una población prioritaria, sigan vigilando las circunstancias socioeconómicas de estas personas para la elaboración de políticas y para evaluar el impacto de *DisabilityCare* y otras reformas futuras(21).

A pesar del compromiso de los Estados parte de la Convención, en la literatura revisada se encontraron pocos estudios que hayan indagado sobre la relación entre multimorbilidad y nivel socioeconómico, en los países de altos ingresos. Wahrendorf y cols(22), realizaron una investigación sobre las relaciones de discapacidad con respecto a la riqueza, en Europa continental, Estados Unidos e Inglaterra. En primer lugar, se documentó que los niveles de discapacidad relacionados con limitaciones en la movilidad y en las actividades de la vida diaria (AVD), son más altos en Estados Unidos que en el resto de regiones, seguidos de Europa del Este e Inglaterra, encontrándose los más bajos en Europa del Norte. En segunda instancia, se evidenció una asociación inversa entre grado de discapacidad y la riqueza, lo que apoya la hipótesis de que las políticas sociales de menor desarrollo y las desigualdades socioeconómicas más pronunciadas se relacionan con los niveles más altos de discapacidad, e inclusive, un inicio más temprano de la discapacidad(22).

En Australia, además de lo evidenciado en la Encuesta de Discapacidad, Envejecimiento y cuidadores, Walker(23) había mostrado previamente en 2001 que el bajo nivel socioeconómico aumenta significativamente la probabilidad de tener más de tres enfermedades, y estas llevar a una discapacidad. En

Escocia, Barnett(24) encontró que la multimorbilidad aumentaba con la edad, y afectaba en un mayor porcentaje la población con discapacidad.

En Sudáfrica John Ele en 2013(25), realizó un estudio donde los datos fueron extraídos de la encuesta de hogares de Sudáfrica, en la cual se midieron las desigualdades socioeconómicas en relación con la multimorbilidad en la enfermedad y la discapacidad entre 2005 y 2008(25). Este trabajo demostró que la multimorbilidad afectó a un número considerable de personas en África del Sur, evidenciando a su vez que la gente con menos recursos lleva mayor carga de multimorbilidad en la enfermedad y la discapacidad. Esto concuerda con las opiniones expresadas por Haveman y Wolfe en 2000, al advertir que "las personas con discapacidad tienen niveles sustancialmente más bajos de bienestar económico, a pesar de los programas de apoyo a los ingresos públicos"(25). Tomando como base lo reportado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005), frente a la actual distribución socioeconómica en función de la multimorbilidad y discapacidad en Sudáfrica, se detectó que se requiere un enfoque integral que va más allá del sector de la salud y debe reconocer la importancia de los determinantes sociales de la salud, dado que la carga de enfermedades y discapacidad está presente en los más pobres. Basándose en los hallazgos, existe la necesidad de diseñar políticas públicas que aborden esta población, que sean coherentes y que involucren a otros sectores además del sector-salud, con el fin de beneficiar la población vulnerable(25).

Un estudio en Argentina realizado por varias organizaciones entre ellas la Asociación Brindar Salud la cual es la encargada de la red de asistencia legal de defensa de pacientes y consumidores de salud, el Centro de estudio legal y social (CELS), el programa especial de deportes entre otros, analizaron la situación de los discapacitados en ese país. Este documento toma como esquema básico el encuadre de los derechos que establecen las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Estas normas fueron tenidas en cuenta como criterio ya que sirven para identificar con precisión las obligaciones del estado en materia de discapacidad(26).

Dentro de los hallazgos se encontró que el sector público de salud argentino esta en franco retroceso, la crisis desarrollada en los últimos años ha llevado al sistema de salud pública al borde del colapso. Pese a la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Nacional como consecuencia de la emergencia económica, se obtuvo la derogación del artículo 34 del decreto 486/2002 que afectaba a la cobertura de las prestaciones de discapacidad. El gobierno menciona, como una de las causas de la crisis del sistema de salud, el aumento de la demanda en el sector público. Sin embargo, datos estadísticos demostraron que el volumen de pacientes en los hospitales de La Capital Federal, no se incrementó significativamente, sino que la crisis produjo un cambio en el perfil socioeconómico de la demanda(26).

Según datos recientes en Argentina, la población sin ningún tipo de cobertura médica que depende exclusivamente de los hospitales públicos ronda el 50%, de los cuales, si se toma en cuenta la situación de extrema pobreza de la mayoría de ellos, más del 10% son personas con discapacidad, aproximadamente como 1.800.000 personas, que se ven imposibilitadas de realizar los tratamientos necesarios por las condiciones en que se encuentra el sistema público. Por ejemplo, las personas que requieren medicación de alto costo en los hospitales, en la Ciudad de Buenos Aires, no los obtienen pues dichos centros no cuentan con partidas presupuestarias, de la Secretaría de Salud respectiva, para satisfacer la demanda. Los subsidios para medicación de alto costo que brinda el Ministerio de Desarrollo Social son otorgados por única vez y en los tratamientos prolongados sólo otorgan cobertura durante tres meses(26).

En este país se producen sucesivos des-financiamientos, existe desviación de recursos disponibles para sostener la cobertura en salud, hay excesiva dilación en la prestación de los servicios y un permanente cuestionamiento por parte de los prestadores de servicios respecto al alcance de las prestaciones, imposibilitando, de este modo, el proceso de rehabilitación para las personas con discapacidad. También se ha evidenciado la falta de implementación de políticas públicas. El problema se torna aún más crítico por cuanto a las personas con discapacidad se les niega el derecho a ser portavoces directos de las cuestiones que les atañen pues entes como la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas, carece de integrantes en ésta condición, derivando en que no distribuye información actualizada acerca de los programas y servicios disponibles para el sector, no inicia ni apoya campañas informativas, no vela porque los programas de educación reflejen en todos sus aspectos el principio de la plena participación e igualdad, y no propicia el protagonismo de las mismas personas y sus grupos familiares en programas destinados a tomar mayor conciencia de sus derechos y sus posibilidades. Sumado a esto, los organismos responsables en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros, según los investigadores, cumplen deficientemente con sus funciones de programar, organizar y apoyar campañas permanentes de información, concientización y motivación comunitaria relacionadas con el problema de la discapacidad(26).

Por último se dice que el gobierno argentino no ha fomentado el nacimiento y desarrollo de organizaciones en torno a los derechos de las personas con discapacidad; todas las referencias hechas en relación a las organizaciones para las personas con discapacidad y eventuales intentos por mostrar interés en las cuestiones relativas a la temática no propenden a la participación plena de los afectados ni promueven que se ayuden mutuamente u organicen para el ejercicio de sus derechos(26).

En Brasil, algunos investigadores realizaron una revisión sistemática sobre la política de inclusión social de las personas con discapacidad después de la creación de la Política Nacional para la integración de la Persona en situación de discapacidad. Se encontró que han sido muchos los logros y avances

obtenidos; sin embargo, todavía son necesarios algunos ajustes tales como, dirigirse cada vez más al aspecto social e incluir a las personas con discapacidad(27). Los resultados indican, así mismo, la necesidad de la acción intersectorial para la inclusión social concreta, para la realización de estas personas a través de la educación, la salud y el trabajo conforme rezan los principios del Sistema Único de Salud de Brasil, partiendo de una concientización social acerca de las potencialidades de éstas personas, que les proporcionen las condiciones suficientes para que vivan como ciudadanos(28).

También en Brasil, Cristina Bernades y cols(29), estudiaron la percepción de los administradores públicos y asesores jurídicos con respecto a la discapacidad, evidenciando la distancia que existe actualmente entre expertos en bioética, gestores y defensores de los derechos de las personas con discapacidad en lo que respecta a la comprensión de la realidad de la discapacidad a pesar de su sustento común en bioética. Estos investigadores, identificaron controversias entre algunos bioeticistas, y movimientos de personas con discapacidad, pues a menudo, desde el punto de vista de la bioética utilitarista, la calidad de vida de las personas con discapacidad tiene menos consideraciones en comparación a la vida de las personas sin discapacidad: en general, para los asesores jurídicos, la discapacidad es un problema social y debe ser compartida por la sociedad, mientras que para los administradores públicos es predominantemente una tragedia personal que se limita a la esfera individual y familiar. También se pudo constatar la importancia de basar las evaluaciones de la calidad y la satisfacción con la vida que experimenta ésta población, en la experiencia propia de la persona con discapacidad, o de las personas que viven con ella, para contribuir pertinentemente en la elaboración de políticas públicas(29).

Estos estudios hacen evidente que las acciones de salud aún están direccionadas al asistencialismo, sin profundizar en las cuestiones sociales, a lo que se suma la carencia en la capacitación de los profesionales de las áreas de la salud para tratar a las personas con discapacidad; sin embargo, se hace tangible un cambio paulatino de paradigma, fundamentado en el enfoque de las Naciones Unidas, en la evolución de la legislación y en el diseño de políticas públicas más inclusivas para la población con discapacidad(29).

En el 2005, Irma Arriagada y colaboradoras, Oficiales de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), construyeron un documento de las Políticas y programas de salud en América Latina, en el cual hallaron que los principales problemas en la atención sanitaria están asociados a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de los países(30).

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, en tanto que para Argentina ocupa el segundo lugar en orden de importancia. La

limitada cobertura de los servicios forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad, que constituye también un problema prioritario en Costa Rica y Ecuador, en tanto que en Argentina, Brasil, Nicaragua y Panamá es visto en forma algo menos determinante(30).

En segundo orden de importancia, las autoridades de Chile, Colombia y Perú señalan la baja calidad y la ineficiencia de los servicios, tema que para otros países es prioritario (Costa Rica, Ecuador). En este ámbito se resalta el problema de la demanda insatisfecha que afecta a un amplio sector de la población (Nicaragua, Guatemala), particularmente en las zonas rurales (El Salvador). Entre los problemas específicos mencionados en relación con la falta de eficiencia figuran la dimensión excesiva de la capacidad instalada en regiones; los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión, tanto de las entidades territoriales responsables como de las redes de prestación de servicios de salud; las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos , lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras(30).

Por tales razones, la sostenibilidad financiera y el mayor costo de la red institucional y de los servicios de salud es un tema preocupante en países como Brasil, Costa Rica, Nicaragua, y República Dominicana. Este problema también es mencionado en tercer lugar por las autoridades de Bolivia. En Chile, Ecuador y Panamá se asigna esta misma posición al déficit de recursos, incluidos los recursos humanos (El Salvador, Chile, Perú), que parece corresponder a otra característica general en lo que respecta a carencias concretas de los sistemas de salud de la región(30).

Las autoras concluyeron que las reformas del sector de salud deben contemplarse como algo más que un simple proceso de gestión, dado que estas forman parte de una transformación política que comporta debates, con una amplia participación de diversos actores sobre las estrategias más adecuadas para avanzar. En algunos casos, la reforma sanitaria forma parte de un proceso de democratización que está cambiando el papel que desempeña el gobierno y el sector público en muchos países(30).

Uno de los mayores desafíos que se plantean en este campo es que el derecho a la salud sea reconocido como prioritario en las agendas públicas y en las actividades gubernamentales, comprendiendo que toda transformación requiere una mayor participación de las políticas sociales y políticos en el desarrollo de las políticas de salud y de otro tipo, con el objetivo principal de lograr que el sector adopte un enfoque más centrado en el usuario y que sea también económicamente sostenible(30).

En síntesis, las necesidades de conocimiento en políticas y sistemas de salud exigen que la investigación en salud aborde los problemas en todas sus dimensiones y niveles de análisis, incorpore los avances de las diversas disciplinas de lo biológico y de lo social, y desarrolle el instrumental teórico y

metodológico para dar soporte científico-técnico a las intervenciones, a fin de comprender los problemas de salud en toda su complejidad(30).

5.5 COLOMBIA Y SU POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA LA DISCAPACIDAD

El Estado Colombiano busca consolidar procesos con los cuales se garanticen los derechos de las personas con discapacidad, dando cumplimiento a mandatos superiores, contenidos en la Constitución Política(31), para lo cual dicta leyes, que permitan la regulación en la materia. Realizando una revisión de la legislación al respecto, se encuentra:

5.5.1 Ley 361 de 1997. Por la cual “se establecen mecanismos de integración social para las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”, ésta normatividad puntualiza diversos aspectos en relación con los derechos fundamentales de las personas con discapacidad y establece obligaciones y responsabilidades del estado en sus diferentes niveles para que estas personas puedan alcanzar una realización personal y tengan integración social; esta ley se ocupa de asuntos como la prevención, la educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social, la accesibilidad; además a través de esta norma se constituye el comité consultivo nacional de personas con discapacidad, en calidad de asesor institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social de estas personas(32).

5.5.2 Ley 1145 de 2007. Por medio de la cual “se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones”, se tiene por objeto impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos(33).

5.5.3 Ley 1438 de 2011. Que tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación de servicio público en salud, que en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo; esta ley garantiza la afiliación al sistema de salud de todos los colombianos y nacionaliza la atención, esta misma ordena hacer una actualización integral del plan de beneficios antes del 31 de diciembre de 2011 y, a partir de esa fecha, cada dos años se deberá actualizar con base en las necesidades, estudios y

adelantos científicos y tecnológicos, con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios(34).

5.5.4 La Ley 1618 de 2013. La cual establece que el estado pretende garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad mediante la adopción de medidas y políticas que cuenten con enfoque de inclusión lo que permitirá eliminar toda forma de discriminación en el país. Esta ley dicta medidas específicas para garantizar los derechos de los niños con discapacidad; el acompañamiento a las familias; el derecho a la habilitación y rehabilitación, a la salud, a la educación, a la protección social entre otros(35).

5.5.5 Ley 1346 de 2009. En la que se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de Personas con Discapacidad(8), esta norma representa un avance en la implementación de acciones y políticas que aseguran que las personas con discapacidad disfruten de todos los derechos en igualdad de condiciones; en consecuencia el estado adquiere el compromiso de darle pleno cumplimiento. Al respecto, es preciso señalar que la Convención Internacional de Derechos de Personas con Discapacidad, recoge años de discusión sobre el concepto de discapacidad buscando plantear un enfoque bio-psico-social en el que la sociedad debe fortalecer y ajustar sus instituciones, normas, actores y cultura para valorar y respetar la condición de discapacidad, en consonancia con la diversidad humana. La Convención como el principal referente para la protección de los derechos de las personas con discapacidad, exige que nuestro país adecúe el marco político y normativo sobre discapacidad, para lograr la efectiva participación de este grupo en las oportunidades de desarrollo humano y social del país, encuadrado en los derechos, los deberes y la corresponsabilidad. Es fundamental ésta exigencia pues los datos del Censo General de 2005, mostraban que el 6,3% del total de la población colombiana, es decir que 2.643.833 personas, tenía algún tipo de discapacidad, y si se tiene en cuenta el informe de la Organización Mundial de la Salud, el porcentaje puede ser mayor, ya que en promedio para cada país puede alcanzar el 15%. Bajo estas premisas se ha priorizado la consolidación de la Política Nacional de Discapacidad, en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 -2014 “Prosperidad para Todos”(31,32,35).

5.5.6 Ley 1145 de 2007. Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones. Como consecuencia de ésta, el MINSALUD coordina la política de discapacidad y ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Discapacidad (SND). Este sistema es el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad contenidos en la Ley 1145. Las normas consagradas de la norma, tienen por objeto impulsar la formulación e implementación de la política pública en

discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos. Se encarga de apoyar la gestión territorial en discapacidad para la formulación de políticas territoriales y la ejecución de planes de acción, que sirven como instrumentos para la inclusión social de la población con discapacidad. Es necesario destacar la importancia de la articulación entre entes, como elemento sistémico fundamental por cuanto la complejidad del SND es muy alta, tanto por el gran número de instancias e instituciones que lo conforman, como por los diferentes niveles (nacional, departamental, distrital, municipal y local), y la necesaria interacción internacional(33).

A pesar de que existe una normatividad, y debido a las reflexiones que desde diferentes ámbitos se han realizado al respecto, para el segundo semestre del 2012, se plantearon acciones en respuesta a las nuevas concepciones en el abordaje de la discapacidad y de forma coherente con los postulados de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en las cuales el MINSALUD buscan formular y adoptar las medidas necesarias para que las instituciones y organizaciones de la sociedad colombiana, de naturaleza pública o privada, fortalezcan el conocimiento y la implementación de los postulados de la Convención e incorporen en sus prácticas y comportamientos institucionales, la identificación y eliminación de barreras que excluyan a las personas con discapacidad de la oportunidad de participar en actividades que son propias de la misión institucional que a cada una de ellas les compete(36).

Así mismo, se ha propuesto adelantar la movilización de los diferentes actores sociales en torno a la definición de los insumos requeridos para la formulación de la nueva política pública de discapacidad e inclusión social, la cual debe orientar a las diferentes instancias y a los responsables del establecimiento de programas y mecanismos adecuados para fortalecer el desarrollo humano de este grupo y superar las brechas de exclusión, pobreza e inequidad en la que viven actualmente muchas de las personas con discapacidad. Los resultados de esta movilización social seguramente contribuirán a los propósitos de inclusión social y de prosperidad para todos. Para lograr los efectos señalados, se organizaron talleres regionales de discusión y construcción de la política pública en relación a la discapacidad(36).

5.6 COMPONENTES DE POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Estos componentes son adoptados de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad; actualmente la política pública en Colombia, a nivel municipal, se construye a través de 5 componentes y sus respectivas líneas estratégicas(16):

5.6.1 Promoción y Prevención. Promoción de condiciones y comportamientos saludables e Identificación, prevención y control de factores de riesgo.

5.6.2 Equiparación de Oportunidades. Accesibilidad, Inclusión educativa, inclusión al entorno productivo, Inclusión social y Garantía en la atención integral en salud.

5.6.3 Habilitación y Rehabilitación. Servicios de habilitación, Servicios de rehabilitación y Acceso a tecnologías de apoyo.

5.6.4 Comunicación e Información. Comunicación para la discapacidad, Cambio del imaginario social, Sistema de información, Recolección de información e Información para la planificación.

5.6.5 Investigación y Formación. Formación del recurso humano en el campo de la discapacidad, Investigación en discapacidad y Transferencia del conocimiento.

Estos componentes estratégicos se basan en los acuerdos realizados por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad los siguientes artículos:

Artículo 8 Toma de conciencia – Los Estados Partes deben promover la toma de conciencia acerca de los derechos de las personas con discapacidad, utilizando los canales de comunicación apropiados, como los medios de comunicación, los sistemas educativos, las campañas de sensibilización del público y programas de formación sobre sensibilización(37).

Artículo 9 Accesibilidad – Los Estados Partes deben velar por que los servicios de comunicación e información, el transporte, los edificios y otras estructuras estén diseñados y construidos de forma que las personas con discapacidad puedan utilizarlos, acceder a ellos o alcanzarlos(37).

Artículo 24 Educación - los estados partes deben velar por que las personas con discapacidad tengan acceso en condiciones de igualdad a una educación inclusiva y a un proceso de aprendizaje durante toda la vida, que incluya el acceso a instituciones de enseñanza primaria, secundaria, terciaria y profesional. Ello comprende facilitar el acceso a modos de comunicación alternativos, realizando ajustes razonables y capacitando a profesionales en la educación de personas con discapacidad(37).

Artículo 25 Salud - las personas con discapacidad tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad a una atención de salud de la misma calidad y a los mismos servicios de salud que los demás, y los estados partes deben adoptar

todas las medidas apropiadas para velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. La atención de salud se prestará sobre la base de un consentimiento libre e Informado(37).

Artículo 26 Habilitación y rehabilitación - los estados partes deben velar por que las personas con discapacidad puedan lograr la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida: física, mental, social y vocacional(37).

Artículo 27 Trabajo y empleo - los estados partes deben promover el ejercicio del derecho al trabajo y adoptar medidas pertinentes, entre otras cosas, para promover el empleo en el sector privado y velar por que se realicen ajustes razonables en el lugar de trabajo. Los Estados Partes deben emplear a personas con discapacidad en el sector público(37).

Artículo 28 Nivel de vida adecuado y protección social - los estados partes deben asegurar que las personas con discapacidad y sus familias tengan acceso a alimentos, vivienda, vestido y agua potable; que las personas con discapacidad tengan acceso en condiciones de igualdad a la red pública de protección social, es decir, a vivienda pública, beneficios de jubilación, programas de protección social y de reducción de la pobreza, y que las personas con discapacidad y sus familias que vivan en situaciones de pobreza tengan acceso a la asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad(37).

Artículo 29 Participación en la vida política y pública - los estados partes deben adoptar todas las medidas viables para facilitar y promover la participación de las personas con discapacidad en las actividades públicas y cívicas, como el derecho a votar, a ser elegidas o a participar en organizaciones políticas(37).

Artículo 30 Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte – Las personas con discapacidad tienen derecho al acceso en igualdad de condiciones a actividades recreativas, de descanso, de esparcimiento y deportivas. Los Estados Partes deben adoptar todas las medidas pertinentes para asegurar la disponibilidad de actividades culturales como el cine, el teatro, los museos y los monumentos en formatos accesibles (por ejemplo, lengua de signos, Braille, subtítulos). Los Estados Partes también deben tomar todas las medidas pertinentes para que las actividades culturales se celebren en lugares accesibles para las personas con discapacidad(37).

Artículo 31 Recopilación de datos y estadísticas – Los estados partes deben recoger datos relacionados con la discapacidad que les permitan aplicar la Convención internacional. El proceso de recopilación de información debe respetar los principios éticos de la confidencialidad y las normas de derechos humanos(37).

5.7 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

Para brindar una mirada más precisa al tema de política pública en discapacidad en Colombia, la Fundación Saldarriaga Concha realizó un estudio, utilizando los datos del CENSO de 2005. En la investigación tomaron una base de datos con información de 974 municipios y un total de 857.132 personas registradas, se contó con información completa de sus municipios en los departamentos de Atlántico, Bogotá, Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila, Guajira, Quindío, Tolima, Valle del cauca, Arauca, Casanare, Putumayo, San Andrés y Providencia, Guaviare y Vichada(4).

Los departamentos de Caldas, Sucre, Nariño, Vaupés, Risaralda, Norte de Santander, Amazonas, Meta, Guainía, Santander, Magdalena, Bolívar Cundinamarca, Chocó, Antioquia y Boyacá les faltó información de algunos de sus municipios. En este estudio se aplicaron indicadores de exclusión en salud y educación(4). El indicador de exclusión se entiende como la negación de los derechos para satisfacer necesidades de salud y educación, desde la afiliación al sistema de seguridad social vigente y el acceso a los servicios de atención médica y de rehabilitación con oportunidad y calidad, igualmente el acceso, permanencia y provecho en el sistema educativo; el indicador tiene un valor entre cero y cien, y muestra el nivel de exclusión de las personas registradas bien sea en salud o educación, a un mayor valor del indicador corresponde un mayor grado de exclusión territorial (un mayor número de personas excluidas en el territorio)(38). La tabla explica las categorías de exclusión se dan de acuerdo a la calificación de cada indicador, clasificados en niveles y tuvieron en cuenta un límite inferior y un límite superior:

Tabla 1. Categorías de exclusión

Categorías de exclusión		
Nivel de exclusión	Límite Inferior	Límite Superior
1 Bajo	0	47,9
2 Medio Bajo	48	56,9
3 Medio	57	59,9
4 Medio alto	60	65,9
5 Alto	66	100

Fuente: Gómez Beltrán J C, González de B. C I, Fundación Saldarriaga Concha. Discapacidad en Colombia, retos para la inclusión del capital humano. 2008.

Al aplicar el Indicador (salud-educación), se identificaron 5 departamentos en nivel 1 (Baja exclusión), son aquellos que poseen menos del 48% de personas registradas excluidas. En nivel 2 de exclusión (Medio Bajo) se encuentran 8

departamentos, estos tienen entre el 48% y el 56,9% de las personas registradas excluidas. El nivel 3 (Medio) de exclusión agrupa 6 departamentos que tienen entre el 57,0% y el 59,9% de las personas registradas con discapacidad excluidas. En nivel 4 (Medio Alto) de exclusión aparecen 9 departamentos, tienen entre el 60% y el 65,9% de su población registrada excluida. Finalmente el nivel 5 (Alto) de exclusión agrupa 5 departamentos que tienen más del 66% de la población excluida. En los departamentos del nivel 1 se excluye menos (San Andrés, Bogotá, Amazonas y Valle), en el nivel 5 se encuentran los departamentos más excluyentes (Caquetá, Tolima, Vichada, Córdoba y Cauca)(38).

En los 974 municipios, se observó la situación por departamentos, según los niveles de exclusión creados para cada componente. En total 276.893 personas se encontraron excluidas en su derecho a la salud (30,98%). El menor indicador de exclusión se encuentra en Bogotá (12,06%) y el mayor en Vaupés (61,90%)(38).

5.7.1 Afiliación al Régimen la Salud. En régimen especial se encontró una afiliación del 2,1% de las personas; la afiliación en otra EPS (contributivo) es superior para quienes no tenían limitaciones (35,3%), frente al 26,5%; a una ARS (subsidiado) personas sin limitaciones 39,4%, frente a un 47,3%; no estaban afiliados el 14,0% de las personas con limitaciones.

El 27,3% de las personas con discapacidad registradas no estaban afiliadas a salud, especialmente niños de cero a 4 años. De ellos, el 79% son de estratos 1 y 2. El 72,5% de las personas registradas pertenecían al régimen subsidiado. Así por ejemplo los departamentos que presentan los mayores porcentajes de población con limitaciones afiliada a una ARS, son: Arauca (75,5%), Huila (68,2%), Boyacá (66,0%), Casanare (64,3%), Vaupés (63,8), Guaviare (62,6%), Caquetá (58,2%) y Cundinamarca (57,6%). El departamento de Córdoba es el que presenta mayor tasa de desafiliación de personas con limitaciones (36,3%)(38).

5.7.2 Rehabilitación y Habilidad. De cada 100 personas registradas, 78,2% dijeron que no se estaban recuperando. Del 21,6% de personas registradas que percibieron alguna recuperación, el 0,8% considera que se debe a los servicios del sistema de salud; el 24,3% a la ayuda de Dios; y el 17,1% al apoyo familiar. Al 78,2% de las personas registradas le ordenaron rehabilitación. De ellos, al 57,76% les ordenaron medicamentos; al 21,91% fisioterapia; y al 16,33% optometría; Terapia Ocupacional (25,6%), Medicina Física y de Rehabilitación (21,4). El 85,1% de las personas registradas no recibieron rehabilitación. De ellas el 63,1% fue por falta de dinero y el 16,3% no sabe(38).

5.8 PERTINENCIA DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN COLOMBIA

Según las conclusiones del informe “Discapacidad en Colombia: Retos para la Inclusión en Capital Humano”, realizado por la Fundación Saldarriaga Concha en 2011(4), en la mayoría de los hogares colombianos en los que viven personas con discapacidad, las privaciones son notorias y críticas por la poca atención que reciben de acuerdo con los insuficientes recursos de los que disponen sus hogares; la presencia del Estado es marginal en buena parte del territorio nacional. Es necesario mejorar la capacidad de protección y de atención, las acciones deben ser pertinentes con las condiciones de pobreza y desamparo en las cuales se debaten estas personas junto con sus familias.

Este informe advierte que más allá de la construcción de una política de discapacidad específica o especial, lo que se requiere son políticas públicas que incluyan efectivamente a estas personas junto a los demás, para dar así respuesta a sus principales necesidades y cumplir con los compromisos asumidos por el Estado en la Convención de Derechos para las Personas con Discapacidad, lo cual se traduce en accesibilidad física en ciudades, oferta educativa inclusiva en todos los niveles, y promoción del empleo y la productividad, y la oportunidad de participación social, entre otros aspectos; por esta razón, el gran reto de la política social del país es pasar de un asistencialismo insostenible a programas claros de desarrollo humano y social que permitan romper las brechas que dividen al país(4).

Existe un círculo perverso entre la discapacidad y la pobreza pues ésta es más recurrente en los hogares con menores ingresos. Además, las difíciles condiciones de vida que rodean a estas familias generan mayores factores de riesgo (mala alimentación, altos niveles de desatención en salud, escaso acceso a los servicios públicos, hacinamiento, dificultades en saneamiento básico, etc.). La discapacidad a su vez crea mayores riesgos de pobreza, aparta a la persona de reales posibilidades para generar ingresos al interior de su hogar, y su tratamiento exige múltiples sacrificios económicos por parte de su familia(4).

Según Soraya Montoya, directora Ejecutiva de la Fundación Saldarriaga Concha, la inclusión laboral en el país es una tarea pendiente. “Colombia debe tener cada vez más personas bien formadas que puedan acceder al mercado laboral. Desde la Fundación estamos convencidos de que la población con discapacidad merece entrar a ese mercado por las capacidades que posee y porque realizan excelentemente su trabajo. Ellas deben convertirse en un proyecto de desarrollo laboral para las empresas”, afirma Montoya(39).

La pertinencia de la política pública en salud para las personas con discapacidad debe ir encaminada a una integración de los servicios de salud, teniendo en cuenta que la atención de salud es considerada como un derecho fundamental en las personas; en el campo político la principal respuesta es la de modificar y reformar la política de acceso a dichos servicios, e igualmente

las políticas públicas deben adoptar la normatividad que ampara a estas personas.

Al analizar los indicadores del estudio de la fundación Saldarriaga Concha, se observa que la aplicación de las políticas es deficiente desde todos los puntos de vista; según los indicadores más relevantes las áreas en donde se requiere avanzar más son el sector salud, ya que de los 32 departamentos colombianos se identificaron que en 20 de ellos, más del 50% de la población registrada no tiene inclusión a estos servicios, los departamentos con menor exclusión son (San Andrés, Bogotá, Amazonas y Valle), y los de mayor exclusión son los departamentos de (Caquetá, Tolima, Vichada, Córdoba y Cauca)(38).

Las personas que se encontraron excluidas en su derecho a la salud son un (30,98%) de la población registrada; ciudades como Bogotá tienen un mejor acceso a los servicios de salud, reporto un 87,94%, por el contrario el departamento de Vaupés presenta apenas un 38,1% de inclusión a dichos servicios(38).

Algunas de las limitantes para el acceso a los servicios son la falta de afiliación al régimen de salud, ya que se encontró que el 27,3% de las personas con discapacidad registradas no estaban afiliadas, especialmente niños de cero a 4 años. De ellos, el 79% son de estratos 1 y 2, y el 72.5% de las personas registradas pertenecían al régimen subsidiado(38).

En el indicador de Rehabilitación y habilitación, se encontró que de cada 100 personas registradas, el 21,8% estaban en recuperación, y el 99,2% no percibe recuperación asociada con los servicios del sistema de salud. Este dato es muy preocupante porque pone en duda la pertinencia de la intervención, la oportunidad y la calidad de la misma. Sobre todo porque la rehabilitación, es uno de los componentes de los servicios de salud, el cual se encuentra contemplado en la Constitución Política de Colombia, y por lo tanto el plan obligatorio de salud debe incluir este derecho ya que el país aprobó los postulados esgrimidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Según lo contemplado previamente, las personas con discapacidad hacen parte de una sociedad en la que se vulneran sus derechos, y por ende es de vital importancia generar una integración real de ésta población. En consecuencia, se requiere que haya participación de todos los entes gubernamentales, que son en gran medida los responsables de velar por el cumplimiento de las políticas, partiendo de una aportación y presencia plena de las personas con discapacidad en estas políticas. El Estado debe promover y proteger los derechos de la población colombiana, implementando acciones con el fin de impulsar una política pública con equidad, que permita disminuir la profunda desventaja social, y en conclusión, es fundamental que las normas existentes en el país no se queden en el papel y trasciendan más allá, para garantizar la equiparación de oportunidades.

5.9 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN RELACIÓN CON LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Según la Ley 528 del 1999(9), el profesional en Fisioterapia tiene el deber de participar, diseñar, y asesorar el desarrollo de planes, programas y proyectos de políticas públicas, de promoción del movimiento corporal humano y de la salud; de habilitación de la discapacidad; de prevención de la discapacidad entre otras funciones que van más allá de las actividades que un fisioterapeuta íntegro debería cumplir, ya que el ejercicio de esta profesión se basa en tratar de ayudar a las personas que requieran de este servicio. El fisioterapeuta es el encargado de llevar a cabo programas de rehabilitación en los centros de atención primaria, desarrollados de forma integral y mediante trabajo en equipo, las actividades van encaminadas a la promoción, prevención, y rehabilitación, de forma individual o colectiva(9,10).

La participación del fisioterapeuta en el diseño de las políticas públicas en salud es de vital importancia, ya que a lo largo de su profesión adquiere los conocimientos idóneos para abordar dicha temática. Los fisioterapeutas están en la capacidad de comprender las políticas y realizar el ejercicio profesional proporcionando aportes de relevancia para la construcción de las mismas, pues es función de cada profesional de la salud, el detectar las falencias y así replantear los procesos disciplinares, y con ello se asegura la participación y el trabajo en pro de las personas con discapacidad. Para la profesión las personas con discapacidad y la garantía de sus derechos, presentan múltiples retos, los cuales exigen realizar nuevas propuestas desde las diferentes perspectivas en salud y atención a esta población vulnerable, por lo que se debe intervenir en las políticas públicas desarrollando programas incluyentes, logrando un adecuado cumplimiento de la ley, y trabajando en beneficio de esta comunidad.

6. CONCLUSIONES

En este trabajo se pudo evidenciar que la política pública sobre discapacidad presenta grandes falencias, sus mecanismos de aplicación son insuficientes para lograr total cobertura e intervención adecuada ante la situación de cada persona y esto se ve reflejado en el incumplimiento de las normas y acuerdos que amparan los derechos de esta población.

En países como Australia, Brasil, han sufrido profundas transformaciones económicas y políticas, que han afectado negativamente las condiciones de vida de los ciudadanos; a partir de estos datos, estos países crearon algunas reformas, para la integración de la persona en situación de discapacidad; sin embargo, todavía son necesarios algunos ajustes, igualmente en Europa continental, Estados Unidos e Inglaterra se evidenció una asociación inversa entre grado de discapacidad y economía, lo cual indica que las políticas sociales son de menor desarrollo y las desigualdades socioeconómicas más pronunciadas se relacionan con los niveles más altos de discapacidad; en Sudáfrica, se detectó que se requiere un enfoque integral que va más allá del sector de la salud y se debe reconocer la importancia de los determinantes sociales de la salud, dado que la carga de enfermedades y discapacidad está presente en los más pobres; también en Latinoamérica en países como Bolivia, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Argentina y Colombia existe un limitado acceso a los servicios de salud, este es considerado el principal problema que afecta a estos países. La limitada cobertura de los servicios forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad.

Estos hallazgos, demuestran la necesidad de diseñar políticas públicas incluyentes, las cuales involucren otros sectores además del sector salud, con el fin de beneficiar a la población, garantizando así el cumplimiento de sus derechos. El país tiene una política pública fundamentada en la Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, la cual se enfoca en el modelo de discapacidad biopsicosocial y los derechos humanos, además esta es soportada por la Constitución Política y en las leyes desarrolladas para lograr una integración de esta población.

Colombia actualmente se encuentra en un proceso de reformulación, ya que tiene como desafío importante avanzar en políticas públicas que beneficien a la población con discapacidad, se reconoce el esfuerzo y los avances en el sistema de salud, pero aun falta extender la cobertura la cual garantiza la afiliación a través del régimen contributivo y subsidiado; existen datos que demuestran que la población discapacitada no cuenta con oportunidad, pues se percibe incumplimiento en la garantía de sus derechos, lo que intensifica las dificultades para tener acceso a los servicios de salud.

Para el fisioterapeuta, enfocar sus conocimientos y ampliar su participación en la formulación de las políticas públicas, se configuran en un reto. Aunque en la actualidad se limita el acceso a los servicios de Fisioterapia por las dificultades que existen en el sistema de salud colombiano, y los actores tomadores de decisiones, en ocasiones desconocen los alcances de la profesión, esto no exime a los fisioterapeutas de participar en la creación, desarrollo, regulación y aplicación de dichas políticas. Se requiere de profesionales con las competencias necesarias para aportar efectivamente en el desarrollo de una política pública en salud incluyente, que respeten los derechos y generen una equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra, Suiza; 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Francia; 2010.
3. Naciones Unidas. Comité de los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. N. U. Derechos Hum. [citado 14 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.ohchr.org/sp/HRbodies/crpd/Pages/CRPDindex.aspx>
4. Fundación Saldarriaga Concha. La discapacidad en el contexto del sistema general de seguridad social en salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. 2009.
5. UNICEF. Inclusión social, discapacidad y política públicas. 2004.
6. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud [Internet]. 2012 [citado 14 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
7. Organización Mundial de la Salud. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención.
8. Congreso de la República. Ley 1346 de 2002 [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1346_2009.html
9. Cerpa B. J. Análisis de las acciones del fisioterapeuta en la ejecución de la política de salud pública en el hospital de una empresa social del estado II nivel. [Bogotá, D.C.]: Escuela Superior de Administración Pública; 2010.
10. Ministerio de educación. Ley 528 [Internet]. 1999 [citado 27 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf
11. André, Roth Deubel N. Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación. Aurora. Colombia; 2002.
12. Dye T, Hecló, Jenkins W. Políticas Públicas [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://elkursor.com/wp-content/uploads/2009/07/Políticas_Publicas.pdf
13. UIPC-IMSERSO. Evolución histórica de los modelos en los que se fundamentan la discapacidad. 2001.

14. Moreno Martin JM, Jimenez Buñuales MC, González Diego P. La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. 2001.
15. Egea García C, Sarabia Sánchez A. Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. Polibea. 2004;73.
16. Naciones unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. Los Derechos Dign. Las Pers. Con Discapac. 2006. Recuperado a partir de: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
17. Fundación Prevent, Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Guía para conseguir una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones. Comunidad de Madrid.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Formulación de política pública en discapacidad en Colombia [Internet]. [citado 14 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Documento%20formulacion%20de%20Politica%20Publica%20en%20Discapacidad.pdf>
19. Ministerio de la Protección Social y entidades adscritas y vinculadas. Política pública nacional de discapacidad [Internet]. 2004 [citado 14 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=RP3j04bd9AM%3D&tabid=342>
20. Hernández F. L. J. Aproximaciones a la Política Pública en Salud en Bogotá, Distrito Capital. Rev Salud Pública. julio de 2001;4:120-7.
21. Kavanagh AM, Krnjacki L, Beer A, Lamontagne AD, Bentley R. Time trends in socio-economic inequalities for women and men with disabilities in Australia: evidence of persisting inequalities. Int J Equity Health. 29 de agosto de 2013;12(1):73.
22. Wahrendorf M, Reinhardt JD, Siegrist J. Relationships of disability with age among adults aged 50 to 85: evidence from the United States, England and continental Europe. PloS One. 2013;8(8):e71893.
23. Walker AE. Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. Chronic Illn. septiembre de 2007;3(3):202-18.
24. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 7 de julio de 2012;380(9836):37-43.

25. Ataguba JE-O. Inequalities in multimorbidity in South Africa. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):64.
26. Asociación Brindar Salud, Centro de Estudios Legales y Sociales. La situación de las personas con discapacidad en Argentina. [Internet]. 2003 [citado 14 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.cels.org.ar/common/documentos/cerd_personas_discapacidad.pdf
27. Morales F M, Cerezo M T, Fernandez F J. Effectiveness of an intervention to increase social support in motor disabled adolescents from volunteering students of secondary education. *Rev Latinoam Psicol*. marzo de 2009;41:141-50.
28. Araújo E Silva R, Figueiredo Carvalho M, Irismar de Almeida M. Políticas públicas para inclusão social na deficiência, Revisão sistemática. *Av En Enfermeria*. agosto de 2012;2.
29. Bernardes LCG, de Araújo TCCF. Disability, public policies and bioethics: the perception of public administrators and legal counselors. *Ciênc Saúde Coletiva*. septiembre de 2012;17(9):2435-45.
30. Arriaga I, Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2005.
31. Castro J. Constitución política de Colombia: acompañada de extractos de las sentencias de la Corte Constitucional. 1. ed. Bogotá: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano; 2001.
32. Congreso de Colombia. Ley 361 de 1997 [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1997/ley_0361_1997.html
33. Congreso de la República. Ley 1145 de 2007 [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1145_2007.html
34. Congreso de la Republica. Ley 1438 de 2011 [Internet]. 2011 [citado 14 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html
35. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1618 [Internet]. 2013 [citado 14 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>

36. Ortiz Molina N. Política pública en Colombia sobre discapacidad, ¿Cómo vamos? [Internet]. Colomb. Lider Gob. Mod. 2011 [citado 1 de mayo de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.colombialider.org/indicadores/politica-publica-en-colombia-sobre-discapacidad%E2%80%A6-%C2%BFcomo-vam/>
37. Naciones unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Material de promoción [Internet]. 2008 [citado 27 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf
38. Gómez Beltran J C, González de B. C I, Fundación Saldarriaga Concha. Discapacidad en Colombia, retos para la inclusión del capital humano. 2008.
39. Molina Ortiz N. 3 de Diciembre: día mundial de las personas con discapacidad [Internet]. Colomb. Lider Gob. Mod. [citado 14 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.colombialider.org/colombialider/3-de-diciembre-dia-mundial-de-las-personas-con-discapacidad/>