

ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL A LA POBLACIÓN CON
DISCAPACIDAD EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD EN
MONTERIA, 2021.

RODRIGO BARRENECHE

DORIS GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

LAURA RUBIO ANGARITA

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD
MONTERIA, CÓRDOBA

2022

ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR PARTE DE UNA
IPS EN MONTERIA A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Trabajo de investigación para optar al título de:
Especialistas en Gerencia Administrativa en Salud.

Directora. Enalbis Esther Espitia Cabralez. Magister

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD
MONTERIA, CÓRDOBA
2022

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Montería, 2 de Julio de 2022

DEDICATORIAS.

Este trabajo es realizado y dedicado desde el compromiso que sentimos hacia las personas que requieren de un cuidado digno y a tener en cuenta, queriendo comenzar a construir las bases para un servicio a toda la comunidad por igual y con un sentido digno. A nuestras familias, ya que son pilar fundamental que impulsa nuestra inspiración por el trabajo conjunto, Laura Rubio.

Dedico la realización de este trabajo a mi familia, mi Esposa que siempre ha estado ahí en las buenas y en las malas, mis hijas que son mi motor día a día, mis Padres que siempre me han apoyado a lo largo de mi vida personal y laboral, con este trabajo también queremos devolver algo a nuestra comunidad y brindar herramientas que sirvan para la mejora continua, Rodrigo Barreneche.

Este trabajo está dedicado primeramente a Dios por ser el inspirador de este trabajo, y por darme las capacidades necesarias para culminarlos. A mis hijos: Sebas y Thomas quienes, con su amor y comprensión, han permitido que este gran esfuerzo se pueda materializar. A mis padres que siempre han demostrado su apoyo para continuar y no desfallecer a pesar de las dificultades. Doris González H.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros docentes y tutores durante el proceso de investigación, su ayuda y dedicación fue fundamental para el desarrollo de nuestro trabajo. Agradecerle a nuestra tutora por las sugerencias y direccionamiento para cumplir con los objetivos planteados en un principio. A nuestra familia por aportar ideas y herramientas sobre alternativas para conseguir desarrollar con éxito el trabajo. Así también, agradecemos a las instituciones de salud que permitieron conocer sus infraestructuras y procesos para que se realizara el trabajo con mayor comprensión. Por último, agradecemos profundamente a cada participante dispuesto en acceder a brindar información que cumpliera con el objetivo planteado.

RESUMEN EJECUTIVO.

El presente trabajo tiene como finalidad determinar la implementación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial a la población con discapacidad en una IPS de Montería en 2021. Que revele un panorama municipal de la aplicación de estos modelos por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud, tal y como lo establece la normatividad vigente, para la atención en salud de poblaciones especiales. Primero, se caracterizó socio demográficamente la población en condición de discapacidad atendida en la IPS. Para dicha caracterización se aplicó una encuesta que incluye un conjunto de preguntas sobre aspectos generales del ambiente, apoyo social, actitudes de los demás, uso y necesidad de asistencia personal y uso y necesidad de dispositivos de ayuda. Por otro lado, se analizaron los estándares establecidos en la normatividad vigente en Colombia (accesibilidad, trato, satisfacción, infraestructura) que regulan la implementación de un modelo de salud con enfoque diferencial y su respectivo cumplimiento. El análisis de resultados mostró insatisfacción de usuarios por sentir que su atención no se ajustó a las características y necesidades propias a su condición. Además, reveló que la IPS no implementa un modelo con enfoque diferencial para la prestación de servicios. Por último, se propusieron estrategias de mejoramiento, a partir del análisis DOFA que se realizó con base en la investigación en la IPS, para lo cual se estableció un plan de mejora enfocado en corregir cada una de las debilidades identificadas y que servirá de base para Instituciones Prestadoras de Salud en el municipio de Montería.

Abstract

The purpose of this work is to determine the implementation of the health care model with a differential approach to the population with disabilities in an IPS of Monteria in 2021. To reveal a municipal panorama of the application of these models by the Health Provider Institutions, as established by current regulations, for the health care of special populations. First, the population with disabilities treated at the IPS was characterized sociodemographically. For this characterization, a survey was applied that includes a set of questions about general aspects of the environment, social support, attitudes of others, use and need for personal assistance and use and need for assistive devices. On the other hand, the standards established in the regulations in force in Colombia (accessibility, treatment, satisfaction, infrastructure) that regulate the implementation of a health model with a differential approach and its respective compliance were analyzed. The analysis of results showed dissatisfaction of users for feeling that their care was not adjusted to the characteristics and needs of their condition. In addition, it revealed that the IPS does not implement a model with a differential approach for the provision of services. Finally, improvement strategies were proposed, based on the SWOT analysis that was carried out based on the research in the IPS, for which an improvement plan was established focused on correcting each of the identified weaknesses and that will serve as the basis for Health Provider Institutions in the municipality of Monteria.

Keywords:

- **Differential Approach:** it is a set of actions that are aimed at population groups that deserve it; and contribute to reducing social exclusion gaps, political marginality, economic inequality, the special condition of vulnerability and the risk of these populations (1).
- **Provision of Services:** represents the fulfillment of the obligations of the State in terms of prevention, promotion, recovery and rehabilitation of health (27).

Tabla de contenido

1. INTRODUCCION.....	11
2. OBJETIVOS.....	15
2.1. GENERAL.....	15
2.2. ESPECÍFICOS	15
•3. MARCO REFERENCIAL.....	16
3.1. MARCO HISTÓRICO.....	16
3.2. MARCO CONCEPTUAL.....	17
3.3. MARCO INVESTIGATIVO	20
3.4. MARCO LEGAL	22
4. METODOLOGÍA.....	25
4.1. TIPO DE ESTUDIO	25
4.2. ESCENARIO DE ESTUDIO	25
4.3. POBLACIÓN, TIPO DE MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	26
4.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
4.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	29
5. RESULTADOS.....	30
6. PLAN DE MEJORA.....	37
7. DISCUSIÓN.....	38

8. CONCLUSIONES.....	41
9. RECOMENDACIONES	42
ANEXOS.....	43
ANEXO A	43
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

1. INTRODUCCION

Se entiende por enfoque diferencial “la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas” (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Informe Mundial sobre la Discapacidad publicado en el año 2011, más de 1.000 millones de personas en el mundo viven con alguna discapacidad, lo que se traduce en aproximadamente el 15% de la población mundial (según estimaciones de población en 2010). De ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su vida diaria y son dos veces más propensas a estar insatisfechos con los servicios de salud, además de reportar con mayor frecuencia mal servicio o negación de este (2).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, considera necesario persuadir a las Entidades Promotoras de Salud, a las Instituciones Prestadoras de Salud y a los afiliados al Sistema, respecto del deber que involucra a todos a los actores del sistema de Salud, en la protección y garantía de los derechos de las personas con discapacidad en los términos de la Ley 1618 de 2013, los cuales deben traducirse en el acceso efectivo a los servicios de salud conforme se encuentra dispuesto en el modelo de atención en salud con enfoque diferencial. (3).

Ahora bien, dicho modelo de atención en salud con enfoque diferencial exhorta a las Instituciones Prestadoras de Salud a que sus instalaciones se construyan, amplíen, adecuen y modifiquen cumpliendo con los parámetros de accesibilidad establecidos en el Numeral 1 del Artículo 1 del Decreto número 1538 de 2016 (4), para la adecuada y oportuna prestación de servicios de salud a la Población con Discapacidad (PcD) Así mismo, el Artículo 11 de la Ley Estatutaria en Salud No. 1751 de 2015, que establece a las personas con discapacidad como sujetos de especial protección; y ordena a las instituciones que hagan parte del sector salud definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. “Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica” (5).

Sin embargo, es importante señalar, que la situación sobre las estadísticas en discapacidad para Colombia desafortunadamente no es alentadora. Por un lado, el Censo General de 2005(DANE), si bien ofrece información amplia sobre las condiciones de vida de la población con discapacidad, hoy en día está desactualizado y no permite hacer una lectura consistente con la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

(CIF) (6). Por otro lado, el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad (RLCPD) (7), el cual es una herramienta nacional, direccionada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que permite recoger vía web información sobre dónde están y cómo son las personas con algún tipo de discapacidad residentes en Colombia y que tiene como objetivo proveer información estadística sobre las personas en situación de discapacidad en apoyo al desarrollo de la Política Nacional de Atención a las personas con discapacidad, de los programas y proyectos de prevención, atención, rehabilitación y equiparación de oportunidades; pese a que cuenta con un conjunto amplio de variables y un robusto sistema de intercambio y actualización de información, tiene una limitada cobertura poblacional y no permite dar cuenta de su situación global. Finalmente, algunas encuestas poblacionales, que hacen aproximaciones tímidas a la prevalencia de la discapacidad, arrojan resultados muy distintos a los del Censo o el RLCPD, lo cual no sólo ponen en duda su propia veracidad, sino también los resultados de éstas otras fuentes (8).

Por otra parte, y de acuerdo con el panorama de la protección jurisprudencial a los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia (9) las minorías discretas u ocultas” están integradas por las personas que tienen una discapacidad o desventaja grave. Como lo ha señalado la corte (10), pese a que las personas que sufren discapacidad física o sensorial grave constituyen un porcentaje significativo de la población, lo cierto es que han sido histórica y silenciosamente marginadas. Hasta hace muy poco estos colectivos eran invisibilizados, sus preocupaciones no ocupaban lugar alguno en la agenda pública o en las reivindicaciones de las organizaciones sociales, las autoridades los trataban con desprecio o paternalismo. En el estado social las personas que pertenecen a minorías tradicionalmente discriminadas, marginadas o a sectores que están en circunstancias de debilidad manifiesta tienen derecho a que el estado remueva los obstáculos jurídicos que les impiden acceder en condiciones de igualdad al goce efectivo de sus derechos, promueva prácticas de inclusión social, y adopte medidas de diferenciación positiva para intentar, dentro de lo posible, la realización del principio de igualdad material.

Ahora bien, la situación de estas minorías discretas u ocultas “personas con discapacidad” para este caso; se agravan en el departamento de Córdoba; toda vez que no se conoce con exactitud cuál es el número de población discapacitada, pues los censos están desactualizados y no hay un diagnóstico que refleje la realidad que viven en Montería y en el departamento (11).

Esta situación tiene a Córdoba en uno de los escalafones más bajos en materia de registro de caracterización a nivel nacional de la población con discapacidad, lo cual dificulta una buena gestión para la consecución de recursos o ayudas técnicas que muchas veces se requieren; como intervenciones quirúrgicas, sillas de ruedas, bastones, caminadores, audífonos, entre otros (11).

Sumado a lo anterior, en el departamento de Córdoba la población con discapacidad presenta un mayor índice de vulnerabilidad, reflejado en el Aseguramiento en Salud, el cual corresponde a un alto porcentaje de Población con Discapacidad afiliada al régimen subsidiado; ya que no cuentan con capacidad de pago en el régimen contributivo (12). Esta situación se debe, según el informe del índice multidimensional de inclusión social y productiva para personas con discapacidad resultados córdoba 2018 (13), a que el 25,3% de las personas con discapacidad residentes en Córdoba se encontraban en condición de doble inclusión (1), y el 44,6% estaban doblemente excluidas (social y productivamente). Al comparar los resultados con el promedio nacional de Colombia se tiene que las personas con discapacidad en Córdoba tienen un menor nivel de doble inclusión y mayor nivel de doble exclusión.

En este contexto, y de acuerdo al informe de la coordinadora del Programa de Discapacidad e Inclusión Social, del municipio de Montería, (14) una de las debilidades que se han evidenciado históricamente en la ciudad de Montería es la identificación real de las PcD, y de acuerdo con el censo del departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2005), se estima que en Montería existen aproximadamente 9.543 PcD, equivalente al 2,06 % del total de la población, una cifra demasiado alejada de la realidad considerando que Montería ha tenido un crecimiento ostensible de su población en los últimos 15 años; de igual forma esta información también se encuentra desactualizada con el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) del Ministerio de Salud y Protección Social (Min Salud) donde se registran solamente 6.770 PcD, con corte a 2018.

Pero ¿por qué es tan importante conocer la caracterización de la población con discapacidad en un territorio determinado? De acuerdo con el informe de enfoques diferenciales y su abordaje en política pública (15), El enfoque diferencial es una forma de analizar, valorar y actuar a partir del reconocimiento de que la población no es uniforme, sino que dentro de ella hay individuos y grupos con diferencias biológicas, sociales y culturales que suponen respuestas diferentes para la garantía de sus derechos desde una perspectiva de equidad.

El abordaje de los enfoques diferenciales¹ contempla el reconocimiento de la importancia de aspectos como el ciclo vital, la discapacidad, la pertenencia étnica, el territorial y el género, lo que ha implicado un reto para las políticas públicas, no tanto desde la formulación, en donde se han logrado avances conceptuales

¹La doble inclusión implica el acceso simultáneo a inclusión social y productiva.

importantes, sino particularmente en la implementación, que implica la puesta en marcha de acciones concretas que reconozcan la diversidad (15).

Lo anterior implica que, para que haya una verdadera implementación del enfoque diferencial en los modelos de salud que atienden Población con Discapacidad, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, deben tener en cuenta criterios como: i) la identificación de las características de la población (biológicas, económicas y sociales); ii) la identificación de riesgos específicos de vulneración que se puedan derivar de esas características, y las expectativas y necesidades que en función de ellas puedan tener los individuos o los grupos; iii) la necesidad de explicitar en el diseño a esa población particular; iv) la necesidad de prever la participación de la población con esas características en el ciclo de la política; v) la necesidad de disponer de recursos que sean idóneos para el abordaje de esta población, así como personal capacitado; vi) la necesidad de crear sistemas de información que permitan entender esas características y sus necesidades asociadas; vii) la necesidad de comprender la relación de un grupo específico con el resto de población, ya que el gran sentido del enfoque es la inclusión (15).

Las anteriores características, propias del enfoque diferencial se abordarán desde el contexto de una clínica de Montería, la cual surge en el año 1957 y que tiene como misión prestar servicios de salud seguros y humanizados mediante la gestión de un talento humano competente, buscando la mejora en los procesos y el reconocimiento en el sector (16). Su principal objetivo es la de prestar un servicio de salud seguro orientado a la reducción de riesgos en la atención. Actualmente presta los servicios de urgencias, UCI Adultos, UCI Neonatal, Cirugía y Hospitalización (16). Por lo anterior, el equipo investigador se propone resolver el siguiente interrogante:

¿Cómo determinar la implementación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial a la población con Discapacidad en una IPS de Montería en 2021?

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Verificar la implementación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial a la población con Discapacidad en una IPS de Montería en el año 2021.

2.2. ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente la población en condición de discapacidad atendida en una IPS del municipio de Montería en el año 2021.
- Identificar el cumplimiento de los estándares establecidos en el enfoque diferencial en una IPS de Montería (accesibilidad, trato, satisfacción, infraestructura) en la atención en salud de la población con discapacidad.
- Proponer estrategias de mejoramiento, que garanticen la aplicación del enfoque diferencial en la atención en salud de la población con discapacidad, por parte de una Institucion Prestadora de Salud en el Municipio de Montería.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. MARCO HISTÓRICO.

El concepto de discapacidad ha experimentado una extraordinaria evolución a lo largo de nuestra historia. Remontándonos muy atrás en el tiempo, en las culturas antiguas se asociaba a intervenciones de poderes sobrehumanos o castigos divinos, siendo una condición que generaba rechazo y aislamiento. Por fortuna, esta concepción fue cambiando paulatinamente. En el siglo XV la discapacidad se seculariza y aparecen las primeras instituciones denominadas manicomiales, como su propio nombre indica, desde un punto de vista discriminatorio, segregador y estigmatizante (17).

Durante el desarrollo de la sociedad, las personas con discapacidad han sido percibidas dependiendo de los prejuicios que tienen orígenes religiosos, culturales y relativos al contexto; sin embargo, la atención y el trato que se les ha dado durante la historia muchas veces ha ido en contra de los derechos humanos, ya que han reclamado ser tenidos en cuenta como sujetos de derecho en elaboración de políticas de inclusión (18). Desde la formación de las primeras sociedades, las personas con discapacidad se han visto enfrentadas a situaciones de abandono y descuido, siendo vulnerables a la muerte.

Las personas con discapacidad se han visto afectadas en aspectos de salud, trabajo, educación y otras herramientas que contribuyen al bienestar social. Durante las épocas donde se produce la privatización de sectores como salud, educación, seguridad social, vivienda, entre otros y sucesos históricos como revolución industrial; la población discapacitada se ha visto directamente afectada en la medida que son discriminados al ser políticos poco flexibles en cuanto a que no brindan la atención ni herramientas necesarias para contribuir al bienestar. Sin embargo, al pasar de los años y entender la necesidad de ejecutar leyes que cubran la totalidad de la población, se han empezado a desarrollar esfuerzos encaminados a la atención, asistencia y reparación de la población vulnerada.

Hasta la entrada en el segundo milenio (década 2000) cuando comienza a abandonarse la perspectiva asistencial y paternalista, que concibe a la persona con discapacidad como dependiente, inactiva e improductiva, para evolucionar hacia un nuevo enfoque en el que la persona con discapacidad cuenta con habilidades, competencias, recursos y potencialidades, si se le brindan los apoyos necesarios. En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una definición de discapacidad que supone un antes y un después.

En Colombia solo a partir del año 2004 se expide la Política Pública Nacional de Discapacidad (CONPES 80), bajo el paradigma de “riesgo”, mitigación y superación de la discapacidad (21).

En él se da cuenta de los datos que han identificado un total de 857.132 personas con discapacidad, de las cuales el 52,5% son mujeres y el 47,5% son hombres. Por edad se ha encontrado un pico equivalente al 6,1% en los niños de 10 a 14 años, el cual desciende hasta el 4,4% en el rango de 20 a 24 años, manteniéndose hasta los 34 años cuando inicia un incremento, llegando al pico máximo en los 65 a 69 años (19) los cuales no son tan convincentes debido a la falta por parte de las entidades de llevar un riguroso control de su Población en Discapacidad (PcD) y poder llevar estas estadísticas más actualizadas.

En el marco de la jurisprudencia se ha enfatizado que el enfoque diferencial está encaminado a propiciar que personas históricamente discriminadas y de especial protección constitucional, puedan en términos de igualdad acceder, usar y disfrutar de los bienes y servicios de la sociedad.

Este enfoque es la respuesta a un principio de justicia y equidad, frente a diferencias que deben ser examinadas. Reconoce la existencia de grupos poblacionales que, por sus condiciones y características étnicas, trascurrir vital, género, orientaciones sexuales e identidades de género, discapacidad o por ser víctimas del conflicto armado, son más vulnerables y requieren un abordaje ajustado a sus necesidades y particularidades, para disminuir situaciones de inequidad que dificultan el goce efectivo de sus derechos fundamentales, buscando lograr la equidad en el derecho a la diferencia (20).

La sistematización de esas iniciativas, el conocimiento de la situación de salud del país, su realidad multicultural y sociodemográfica y de las características operativas del sector, y de las diferentes poblaciones vulnerables, unidas a los mandatos legales, políticos y estratégicos en materia de salud, han constituido elementos de base para formular la actual propuesta de Modelo de Atención Integral en Salud (15). Este modelo busca trabajar con un nuevo enfoque de organización, de postulados y principios para resolver problemas de actualidad, pero con visión de futuro; es decir, sin que ello implique olvidar la dinámica que caracteriza al proceso de salud - enfermedad.

3.2. MARCO CONCEPTUAL

El modelo de Atención Integral en Salud con enfoque diferencial enmarca la forma en que interactúan la población y el prestador de servicios [4], apoyados sobre esta idea, a continuación, presentamos el marco conceptual que servirá de referencia al momento de realizar el diagnóstico de la presenta investigación; que para el caso

del Modelo de Salud con enfoque diferencial sustenta sus principios y los lineamientos en los siguientes conceptos:

- Atención en salud: son acciones de los proveedores de salud Institucionales y comunitarios para la promoción de la salud, prevenir las enfermedades, recuperar la salud y rehabilitar el daño, ejecutando intervenciones a escala individual, familiar y comunitaria (21).
- Enfoque Diferencial: puede entenderse como el conjunto de acciones que, al dar un trato diferenciado a algunos grupos poblacionales, contribuye a reducir la brecha existente entre los diferentes segmentos de la población y garantiza la superación de la exclusión social, la marginalidad política, la desigualdad económica, la condición especial de vulnerabilidad y el riesgo de estas poblaciones (1).
- Deficiencia (impairment) se refiere a “Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones”. Ejemplos de estas deficiencias son la sordera, la ceguera o la parálisis; en el ámbito mental, el retraso mental y la esquizofrenia crónica, entre otras (22).
- Desarrollo Institucional: Este eje agrupa las acciones para mejorar la capacidad operativa del sistema de salud en la entrega de servicios, entre las cuales están el establecimiento de sistemas de planificación y programación y presupuesto, la supervisión, seguimiento y evaluación continua, la investigación, la gestión de la calidad. Para la entrega de más y mejores servicios de salud y la gestión por resultados alineando los recursos y las acciones hacia el logro de los efectos deseados. Construyendo así un modelo institucional de gestión por resultados (23).
- Dignidad: Toda persona, como fin en sí misma y como poseedora de un valor intrínseco, debe ser respetada en sus derechos individuales, creencias, cultura, costumbres, espiritualidad, preferencias, filiaciones, condición económica, pertenencia étnica, condición de salud (24).
- Discapacidad (disability) se define como la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia”. Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. Algunos ejemplos de

discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras; para bañarse, comer o ir al servicio (24)

- Integralidad: implica el abordaje completo de los problemas de salud de las personas según las etapas de su curso de vida, en las esferas, cultural, social, psicológica y biológica, tanto en lo individual, familiar como comunitario. Esto además implica los aspectos de promoción de la salud, prevención de la morbilidad, curación y rehabilitación, así como la organización de la respuesta del sistema (25).
- Modelo de Atención Integral en Salud es el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPAS) se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel Rector, la Gestión transparentes de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su Red de Servicios (26).
- Minusvalía (handicap) hace referencia a una “situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y/o culturales)”. El término es también una clasificación de “las circunstancias en las que es probable que se encuentren las personas discapacitadas”. La minusvalía describe la situación social y económica de las personas deficientes o discapacitadas, desventajosa en comparación con la de otras personas. Esta situación de desventaja surge de la interacción de la persona con entornos y culturas específicos (24).
- Prestación de Servicios: representa el cumplimiento de las obligaciones del Estado en términos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.
 - Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad – RLCPD: de acuerdo con la Resolución 113 de 2020 el RLCPD es la plataforma en la cual se registra la información resultante del procedimiento de certificación de discapacidad, a fin de establecer la caracterización y localización geográfica, en los niveles municipal, distrital, departamental y nacional del solicitante. El RLCPD, es la fuente oficial de

información sobre las personas con discapacidad en Colombia y hace parte el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) (26).

3.3. MARCO INVESTIGATIVO

Desde la investigación, encontramos que las actualizaciones sobre buenas prácticas y aumento de bienestar para personas con discapacidad, ha sido relevante para estudios que analicen, evalúen y establezcan parámetros de inclusión a todos los grupos sociales. Se ha encontrado evidencia que respalda que la población a estudiar se encuentra con preocupaciones y necesidades sobre los recursos que se le proveen; a nivel de servicios sanitarios y de ocio.

Abuchar (27), en la ciudad de Medellín, realizó un estudio que tuvo como objetivo desarrollar un modelo integral de atención en salud con enfoque diferencial en el distrito de Turbo, con el fin de brindar mejor servicio de salud, mayor cobertura del servicio y contar con adecuada infraestructura física de la red hospitalaria. Para esto, desarrollaron de manera cuantitativa la recolección de datos a través de estudios previos y aplicación de entrevistas estructuradas aplicada a la población objetivo en Turbo. Entre los hallazgos principales se destaca que Turbo cuenta con un número significativo de personas desplazadas por conflicto, por lo que existe mayor demanda de servicios diferenciales; sin embargo, encontramos que el distrito no cuenta con la información requerida para ofrecer un buen servicio en términos de infraestructura y personal de salud que cumpla con las necesidades de la comunidad. Como conclusión del estudio, se demuestra que el distrito no cuenta con un programa de salud integral con enfoque diferencial, además de que es escasa la presencia de centros habilitados para poder prestar los servicios.

El estudio de Abuchar nos permite entender aspectos a identificar en las necesidades de la población y en requisitos que deben cumplir las instituciones para determinar si en la clínica que estamos analizando, se cumple el servicio de enfoque diferencial. Además, brinda una guía de la segmentación y caracterización de la población que es un punto de partida clave para analizar si el modelo de servicio se está cumpliendo.

(28). Entre los resultados arrojados en estudio sobre el “estado actual de atención sanitaria a personas con discapacidad”, se puede observar que las personas con discapacidad perciben que debe mejorarse las instalaciones físicas para atenderlos de mejor manera, además de que exista una mejor calidad en la asistencia. Este estudio utilizó una metodología de revisión sistemática exploratoria de bases de datos de disciplinas biomédicas donde se buscaron hallazgos sobre el acceso de salud de las personas discapacitadas. La muestra de artículos fue escogida desde enero 2004 hasta enero 2019, bajo una metodología cuantitativa y cualitativa, para un total de 70 artículos.

En conclusión, encontramos que entre las herramientas que más se destacan como preocupación sanitaria para los discapacitados en la asistencia hospitalaria, ya que puede existir una mala distribución de atención o simplemente se sienten discriminados al momento de plantear sus necesidades. En cuanto a la salud personal, se observa que la preocupación más relevante es sobre los estados de salud, dolores y dependencia que ellos perciben como relevante para prestar mayor atención de su cuidado. Este estudio, nos permite entender que existen preocupaciones y datos contundente sobre la percepción de la población con respecto a la atención sanitaria que se les brinda.

En investigaciones sobre la aplicación de metodologías para enfoque diferencial realizado por Verdugo, Crespo y Nieto, encontramos que tienen como objetivo estudiar las necesidades percibidas por las personas con discapacidades con el fin de prevenir condiciones perjudiciales y aumentar calidad de vida, autonomía personal e integración social (29). Estos estudios apuntan a que existe un creciente interés por disminuir la brecha de la calidad de atención en salud para las personas con discapacidad, buscando disminuir la insatisfacción en la población que se atiende y su grupo de apoyo. Esta insatisfacción se genera debido a la desinformación que se utiliza en cuanto a la mala aplicación de normas, falta de creación de políticas de tratamiento y limitados recursos para aplicar de manera completa las medidas necesarias.

La investigación fue de tipo cuantitativo y cualitativo donde se analiza la relación entre distintas variables que puede determinar la dependencia entre preocupaciones, necesidades sobre salud, recursos económicos, recursos de servicio social y asistencial. Se encuentra como resultado que las personas con discapacidad tienden a desarrollar otras enfermedades que deben ser atendidas con especial seguimiento, y la población reporta problemas de acceso a los servicios por la falta de disponibilidad; incrementando no solo el bienestar, sino también generando en el sistema una gestión ineficiente de recursos y herramientas [39]. Teniendo en cuenta los modelos conceptuales biológicos, psicológicos y sociales; podemos afirmar al individuo como un ser que participa en estas 3 esferas y se refleja como una integración de estos [29].

Es por esto, que encontramos relación a nuestro proyecto, ya que la correcta aplicación del servicio a las personas con discapacidad debe impactar positivamente en el bienestar general del paciente; es decir, debe contribuir a una mayor estabilidad emocional, mejoramiento de su contexto social e indudablemente, brindar mejor servicio en salud.

(Buitrago y Rave) Por último, en el artículo escrito por Buitrago y Rave (30), se analiza la aplicación del enfoque diferencial de género y diversidad sexual en la política pública de víctimas. El anterior, tiene como fin determinar cómo se

instrumentaliza el enfoque en acciones que ejecutan las entidades administrativas locales en Pereira para esta población segmentada. La metodología utilizada fue de recolección de información a través de normativa, además de entrevistas semi estructuradas que permiten contrastar las políticas públicas con su verdadera implementación. En este estudio se concluye que el enfoque diferencial sirve para potencializar al sujeto al ser incluido a través de la escucha activa y eliminación de elementos como reproche o discriminación. Además, se concluye que el enfoque diferencial debe ser complementado con acciones psicosociales para generar espacios de reconocimiento individual y colectivo que fortalezca la población vulnerable..

3.4. MARCO LEGAL

La normatividad en Colombia contempla una diversidad de leyes y decretos que estipulan la atención, protección, la inclusión, entre otras, de las personas que padecen diferentes tipos de discapacidad; o que definen lineamientos integrales de política para su atención.

La Constitución Política de Colombia de 1991, que en el Artículo 47 dispone que, *“El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”* (31).

La Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones; se crea el Sistema de Pensiones, por medio del cual se realiza el reconocimiento de prestaciones económicas de las personas con de la pérdida de capacidad laboral: deficiencia, discapacidad y minusvalía(31).

La Ley 361 de 1997, por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones; y la cual establece que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) incluirán en su plan obligatorio de Salud las acciones encaminadas a la detección temprana y la intervención oportuna de la limitación, y las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán incluir en sus programas de Salud Ocupacional las directrices que sobre seguridad laboral dicte el Comité Consultivo; las autoridades Departamentales o Municipales correspondientes deberán adoptar las medidas de tránsito que les recomiende el Comité Consultivo (31).

La Ley 1145 de 2007, por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones, tales como crear un conjunto de medidas encaminadas a reducir la probabilidad y el riesgo a una situación de discapacidad, de la familia y la persona de conformidad a su ciclo vital, fortaleciendo

estilos de vida saludable, reduciendo y promoviendo la protección de los Derechos Humanos, desde el momento de la concepción hasta la vejez [32].

La Ley 1346 de 2009, y es ratificada mediante la Sentencia C-293/10 de la Honorable Corte Constitucional. Se trata de la primera convención de derechos del siglo XXI, cuyo propósito es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” [34]. Esta Ley promueve que el Estado, proporcione 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 servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las personas mayores [33].

El artículo 66 de la Ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estipula que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial [34]. La Ley Estatutaria 1618 de 2013, la cual tiene por objetivo garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, de acciones afirmativas, de ajustes razonables y de la eliminación de toda forma de discriminación por razón de discapacidad [36], a través de esta ley se dictan 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, al trabajo, al acceso y accesibilidad, al transporte, a la vivienda, a la cultura y al acceso a la justicia, entre otros.[4]

La Política Pública Nacional de Discapacidad e inclusión vigencia 2013 – 2022, establece un conjunto de objetivos sanitarios, metas y estrategias definidas desde el enfoque diferencial para la garantía del derecho a la salud de las poblaciones vulnerables, entre ellas, las personas con discapacidad. De este modo se busca atender los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias persistentes en las poblaciones vulnerables [35]. La Resolución 113 del 31 de enero de 2020 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad” expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, permite la ejecución del proceso de certificación para la población colombiana con discapacidad. [36]

Lo anterior implica que, por primera vez en el país, se logre un procedimiento de valoración clínica para la población con discapacidad realizada por un equipo multidisciplinario de salud, mediante el cual se identifican tres componentes: las

deficiencias corporales y psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona. Finalmente, es preciso indicar que la jurisprudencia en Colombia ha evolucionado en términos de atención en salud para población con discapacidad buscando garantizar para esta población equidad y calidad en los servicios de salud recibidos.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo en una IPS de la ciudad de Montería, donde se midió la atención brindada a la población con discapacidad con un modelo de salud con enfoque diferencial. Se evaluó la institución, y se analizó si existe o no una atención diferencial para la población con discapacidad en el periodo 2021.

4.2. ESCENARIO DE ESTUDIO

La población objeto (N) de estudio corresponde a las personas con discapacidad reconocidas por el Ministerio de Salud en la ciudad de Montería.

La Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio, tiene identificados 6.837 personas en condición de discapacidad, basados en la fuente de datos utilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social para el Registro de personas con Discapacidad (CUBO Discapacidad).

La IPS objeto de estudio, se encuentra en la ciudad de Montería, departamento de Córdoba , brinda servicios de internación hospitalaria de 4 y 5 nivel de complejidad.

Su capacidad Instalada es de 54 camas hospitalarias, 3 salas de cirugía, servicio de urgencia, dos unidades de cuidados intensivos y servicio de Imagenología.

4.3. POBLACIÓN, TIPO DE MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población total escogida para este trabajo, fue de 70 usuarios que proporciono la IPS en estudio; la cual se tuvo en cuenta para el cálculo de la muestra (n) que es un “Subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta”.

La muestra obtenida es de 59 personas, resultado de la estimación de una proporción del total poblacional de 70, teniendo un nivel de confianza de 1,96 y porcentaje de población que tiene el atributo deseado y no tiene el atributo de 0,5 respectivamente, definiendo como criterio específico, la población con discapacidad atendida durante el primer semestre del año 2021.

ESTIMACION DE UNA PROPORCION PARA POBLACIONES FINITAS	
N	70
z	1,96
p	0,50
q	0,50
d	0,05
n	59

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

4.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información se utilizó la Encuesta Modelo de Discapacidad (EMD), versión corta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial en colaboración con un grupo diverso de actores relacionados a la temática de la discapacidad.(38)

La EMD está basada en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) y sus principales objetivos son: Proporcionar información detallada y matizada sobre la vida de las personas con discapacidad, permitir la comparación entre grupos con diferentes niveles y perfiles de discapacidad; y Proporcionar la evidencia que necesitan los responsables de la formulación de políticas públicas para identificar qué intervenciones son necesarias

para optimizar la inclusión y el funcionamiento de las personas con discapacidad y una atención en salud con enfoque diferencial.

El instrumento permitió recolectar información sobre la población en condición de discapacidad en distintos aspectos, desarrollada para un monitoreo de fácil implementación y directo del funcionamiento y discapacidad en una comunidad determinada. La encuesta incluyó un conjunto muy breve de preguntas claves sobre aspectos generales del ambiente, apoyo social, actitudes de los demás, uso y necesidad de asistencia personal y uso y necesidad de dispositivos de ayuda. La información sobre estos indicadores, esta desglosada por nivel de discapacidad, puede estimarse y ofrecer una comprensión general de las barreras y necesidades que enfrentan las personas en su vida cotidiana, y la aplicabilidad de un modelo con enfoque diferencial en la prestación de servicios de salud, desarrolladas en los siguientes ámbitos:

- **FACTORES AMBIENTALES:** El objetivo de las preguntas es identificar las barreras o facilitadores del ambiente que puedan influir sobre los problemas cotidianos relacionados con la salud, de manera que se puedan diseñar y desarrollar intervenciones específicas. Las opciones de respuesta están en una escala de 1 a 5, donde 1 significa “muy fácil” y 5 significa “muy difícil.”
- **FUNCIONAMIENTO:** Las preguntas se refieren a los problemas generales del entrevistado en la vida diaria. Los "Problemas" se entienden como los obstáculos que la persona enfrenta para hacer las cosas de la manera que quiere o la imposibilidad de poder realizarlas. Estos problemas pueden surgir debido a la salud de la persona o al entorno en el que viven. También pueden surgir debido a las actitudes o comportamientos de otras personas hacia ellos. Las opciones de respuesta están en una escala de 1 a 5, donde 1 significa “nada problemático” y 5 significa que la acción mencionada le resulta “extremadamente problemático/no puede hacerlo”.
- **CAPACIDAD Y PROBLEMAS DE SALUD:** Las preguntas se refieren a los problemas en la vida diaria debidos exclusivamente a problemas de salud. La primera pregunta solicita al encuestado que evalúe su propia salud. Ésta fue seleccionada como la primera pregunta para orientar a los encuestados a enfocarse en su salud al momento de responder. La última pregunta de esta sección consulta acerca de la presencia de una condición de salud o impedimento. Las opciones de respuesta están en una escala de 1 a 5, donde 1 significa “ninguna dificultad” y 5 significa “en extremo dificultad.”
- **ASISTENCIA PERSONAL Y DISPOSITIVOS DE AYUDA:** El propósito de las preguntas es recoger información sobre el uso y la necesidad de asistencia

personal y de dispositivos de ayuda. Las opciones de respuesta a estas preguntas son Si/No.

- **ENFOQUE DIFERENCIAL EN SALUD:** El propósito de las preguntas es determinar la percepción de la población en condición de discapacidad, en relación con los servicios recibidos por parte de una Institución Prestadora de Salud, con un modelo de salud e instalaciones ajustadas a las características particulares, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas.

Las opciones de respuesta a estas preguntas son cerradas (Si/No).

4.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La Institución prestadora de salud autorizó el uso de su base de datos y accedió a la manipulación de la información, en el anexo 1 se encuentra el aval firmado por parte de la IPS.

Procedimiento para la recolección: Una vez definida la muestra, se contactó telefónicamente a los usuarios que cumplían con los requisitos previamente descritos. Se leyó su consentimiento y una vez recibido el mismo de forma verbal, se diligenció el Formulario usado en la plataforma Google Forms. Es importante aclarar que la información fue tabulada por parte de los encuestadores.

- Caracterización sociodemográfica de la población en condición de discapacidad atendida en una IPS del municipio de Montería en 2021, la cual se realiza a través de la revisión de los Registros Individuales por Personas en Salud (RIPS) y las fichas de admisión de los usuarios caracterizados como población con discapacidad al momento del ingreso a la clínica.
- Identificación del cumplimiento de los estándares establecidos en el enfoque diferencial en una IPS de Montería (accesibilidad, trato, satisfacción, infraestructura) en la atención en salud de la población con discapacidad, a través de la aplicación del instrumento desarrollado para medir la percepción de los usuarios seleccionados en la muestra, respecto a la atención recibida en la IPS. Las preguntas de la encuesta aplicada identifican por medio de la percepción de los usuarios, la aplicabilidad de un modelo de atención con enfoque diferencial en salud por parte de la IPS seleccionada.
- Diseño de estrategias de mejoramiento, que garanticen la aplicación del enfoque diferencial en la atención en salud de la población con discapacidad, por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud en el municipio de

Montería; las cuales surgen del análisis de los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a la población en condición de discapacidad en una clínica específica, que muestran el panorama general de la atención en salud que brindan en el municipio de Montería a este tipo de poblaciones, las barreras de salud y discriminaciones a las que se encuentran expuestos; y que sirven de base para diseñar las medidas y estrategias que deben ser adoptadas por todos los actores del sistema de salud involucrados en la atención en la prestación de servicios de la PcD.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Teniendo en cuenta la normativa señalada en la Resolución 8430 de 1993 (37), expedida por el Ministerio de Salud Colombiano, para la investigación en el área de la salud, este estudio es considerado sin riesgo, teniendo en cuenta que se empleará una lista de chequeo sin intervención o modificación biológica de los participantes en el estudio. A los resultados se les aplicó el principio de confidencialidad y anonimidad de los nombres de los encuestados, esto soportado por la Ley 1581 de 2012 (39) de Protección de Datos Personales en Colombia.

5. RESULTADOS.

A continuación, encontraremos los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta a la población discapacitada de una IPS en montería, contando con un total de 59 personas encuestadas. Entre estos resultados encontraremos las características sociodemográficas de la población encuestada y la percepción sobre el servicio que ellas tienen de su experiencia con la IPS seleccionada. Entre las características sociodemográficas encontramos el género, estado civil, nivel educativo, ocupación y tipo de discapacidad que presenta. Así mismo, entre las variables evaluadas para conocer la percepción del servicio, evaluamos percepción de oportunidad, preferencia, cobertura integral, atención amigable, indicaciones post cita, discriminación y seguridad. Es importante mencionar, que se agrega un espacio donde los encuestados eligen atributos que reflejan su experiencia (respeto, imparcialidad, lenguaje sencillo, prudencia).

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD ATENDIDA EN UNA IPS EN MONTERÍA EN 2021.

La población discapacitada que fue encuestada en una IPS de Montería, indica que se brindó atención mayormente al género masculino, con un 60% frente al género femenino que fue en un 40%. Así pues, se observa que en un 45% es población encuestada es soltera, seguido por un 33% que vive en unión libre, 18,3% que son casados, y un porcentaje restante del 3,3% que es divorciado. La población descrita en su mayoría es bachiller, representando el 55% del total de encuestados, seguido por un importante porcentaje de 28,3% que no tienen ningún tipo de educación, 11,7% son técnicos y un 5% universitarios.

Para la variable de ocupación, encontramos que el 76,7% de los encuestados están desempleados, seguido solo por el 11,7% que es empleado, 10% se categoriza como independiente y un 3,3% es Estudiante. En cuanto a la variable de discapacidad, se evidencia que la más padecen los encuestados es a nivel físico con un 75%, seguido de una discapacidad múltiple que son el 11,7%; el 5% tienen discapacidad auditiva, para discapacidades intelectuales y mentales representan 3% cada una y el 1,7% discapacidad de Sordo/Ceguera. A continuación, en la tabla 1, se presenta los resultados obtenidos para las características sociodemográficas de la población que fue encuestada.

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Variables sociodemográficas	N. °	%
Género		
Femenino	24	40
Masculino	36	60
Estado Civil		
Soltero	27	45
Unión libre	20	33,3
Casado	11	18,3
Divorciado	2	3,4
Ocupación		
Desempleado	46	76,7
Empleado	7	11,7
Independiente	6	10
Estudiante	1	1,6
Nivel educativo		
Bachiller	33	55
Ninguno	17	28,3
Técnico	7	11,7
Universitario	3	5
Postgrado	0	0

Fuente: Elaboración propia

5.2. ESTÁNDARES ESTABLECIDOS EN EL ENFOQUE DIFERENCIAL EN UNA IPS DE MONTERÍA EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD.

A continuación, se presentan los resultados para las preguntas desde la 7 – 14, donde se evalúa la percepción de los encuestados en términos de las características del servicio previamente mencionadas. Así pues, encontramos que el 85% de la población en cuestión considera que la IPS no tuvo una atención preferencial de acuerdo con su condición de discapacidad; teniendo solo un 15% expresando que si percibió preferencia en su servicio.

Se encontró que los encuestados pudieron caracterizar el servicio con los atributos de “Utilizo un lenguaje sencillo”, “fue respetuoso con el trato”, “fue imparcial”, y “fue prudente en su atención”; de los cuales encontramos que un 41,7% de la población considera que la IPS fue respetuosa, el 28,3% califican el lenguaje como sencillo de entender, 21,7% considera prudente la atención y el 20% atribuye la imparcialidad del servicio. En cuanto a la evaluación general, evidenciamos que el 50% de la población considera un servicio Regular, seguido por el 33,3% que lo considera bueno; un 8,3% considera malo, el 5% muy malo, y el 3,3% muy bueno.

Al indagar sobre la oportunidad del servicio, se mostró que el 70% considera que no fue oportuna y el 30% restante si fue atendido oportunamente. Así mismo, la percepción del 71,7% de las personas considera que la IPS no fue acorde a sus necesidades médicas e integrales.

El 51,7% de la población evaluó como Regular la señalización y recursos de movilidad dentro de la institución, 28,3% evalúa como buena; 13,3% como mala y evaluación de muy buena y muy mala, cada una es considerada como tal por un 3,3% de la población. Seguido a esto, se decide preguntar sobre el tratamiento post consulta y encontramos que el 53,3% recibió un tratamiento e indicaciones para recuperar, y que el 46,7% de la población egreso de la clínica sin un tratamiento claro sobre su recuperación. En cuanto a la evaluación de la discriminación por parte del servicio de la IPS, encontramos que el 85% de los encuestados no se sintió discriminado o vulnerado, sin embargo, el 15% si tuvo dicha percepción. Por último, se obtiene que el 70% de la población considera que la IPS no brinda una atención enfocada en la seguridad del paciente considerando sus discapacidades.

Tabla 2. Estándares del servicio con enfoque diferencial.

Estándares del servicio	N. °	%
Preferencia		
Si	9	15
No	51	85
Atributos		
Fue respetuoso con el trato	25	41,7
Utilizo un lenguaje sencillo	17	28,3
Fue prudente en su atención	13	21,7
Fue imparcial	5	20
Evaluación general		
Regular	30	50
Bueno	20	33,3
Malo	5	8,3
Muy malo	3	5
Muy bueno	2	3,3
Oportunidad en la atención		
Si	18	30
No	42	70
Atención acorde a necesidad		
Si	17	28,3
No	43	71,7

<i>Señalización</i>	N. °	
Regular	31	51,7
Bueno	17	28,3
Malo	8	13,3
Muy malo	2	3,3
Muy bueno	2	3,3
<i>Post Consulta</i>		
Si	32	53,3
No	28	46,7
<i>Discriminado</i>		
Si	9	15
No	51	85
<i>Seguridad del paciente</i>		
Si	18	30
No	42	70

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta la percepción de los usuarios encuestados, los estándares de habilitación de las Instituciones Prestadoras de Salud, en virtud de lo establecido en

la Resolución 3100 de 2019, los criterios mínimos exigidos en la atención en salud con enfoque diferencial y el análisis del equipo investigador, se presenta la siguiente matriz DOFA, en la cual se identifica ciertos factores internos y externos en la Institución Prestadora de Salud, sintetizados a continuación:

ANALISIS DOFA IPS EN ESTUDIO

<p>Debilidades:</p> <p>Infraestructura física:</p> <p>Falta de Rampas en el acceso para el personal con discapacidad en la Urgencia que ellos denominan Urgencias Salud Total</p> <p>Falta o deficiencias de rampas en el acceso al servicio de Consultar externa</p> <p>Deficiencia en la prestación diferencial para pacientes sordo-mudos, la IPS no cuenta con herramientas para facilitar la comunicación entre el personal y los usuarios con esta deficiencia.</p> <p>Falencias en el trato humanizado a los pacientes con discapacidad, por parte del talento humano de la IPS, reflejado en la insatisfacción de los usuarios.</p> <p>Las Base de Datos reportadas por las Aseguradoras para la atención de su población, no se encuentra caracterizada con la variable “Discapacidad” que permitan la identificación de sus necesidades específicas al momento de solicitar los servicios de la clínica.</p>	<p>Oportunidades:</p> <p>Ofrecer a la población con discapacidad atendida en la Institución, servicios de salud humanizados, a través de la adopción de un modelo de salud con enfoque diferencial.</p> <p>Ser reconocidos en la región como una Institución que garantiza a las poblaciones especiales una atención en salud con enfoque diferencial.</p> <p>Aumento de la satisfacción de la población con discapacidad con relación a los servicios recibidos en la institución.</p> <p>Cumplimiento de los estándares de atención establecidos en la norma para prestación de servicios de salud con enfoque diferencial, para poblaciones especiales.</p>
---	---

<p>Fortalezas:</p> <p>Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Mayoría de Procesos Documentados y socializados.</p> <p>Imagen y Experiencia en el Sector.</p> <p>Confianza por parte de las Aseguradores con la prestación del Servicio.</p>	<p>Amenazas:</p> <p>Cambios radicales en los planes de gobierno de orden nacional, que no enfoquen normativas hacia el servicio diferencial.</p> <p>Estrategia de comunicación ineficiente, donde se consiga transmitir o convencer sobre la relevancia de lograr un servicio integral diferencial.</p> <p>Auditorias laxas a la IPS por parte de las responsables del pago (Aseguradoras) y Entes de Control, con relación al cumplimiento de estándares según normatividad vigente, para la atención de Población con discapacidad.</p> <p>Pocos estudios relacionados con modelos de salud con enfoque diferencial para poblaciones especiales a nivel regional.</p>
--	--

6. PLAN DE MEJORA

Teniendo en cuenta los hallazgos, se considera necesario enfocar medidas que mitiguen las malas experiencias de los usuarios con necesidades especiales debido a las discapacidades. Para esto, se ha planteado 4 planes de acción para que desde la gerencia se gestionen. Entre estas, se abarcan reformas a nivel de infraestructura, programas de capacitación en el personal de la clínica, estudios sobre mejor protocolo para el servicio hacia estos pacientes y mejora en la conformidad de los usuarios. A continuación se exponen especificados las actividades, costos y duración asociada que se sugiere a gerencia para su gestión.

3. PLAN DE ACCIÓN										
N°	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA RAIZ	META QUE SE PRETENDE ALCANZAR	INDICADOR	ACTIVIDAD	Evidencia de Cumplimiento de la Actividad	FECHA EJECUCIÓN		RESPONSABLE (Cargo)	PRESUPUESTO POR ACTIVIDAD EN \$
							INICIO	FIN		
1	Falta de herramientas para la comunicación efectiva entre el personal de la institución y los pacientes con discapacidad (sordo-mudos)	La Institución no cuenta con personal que pueda interpretar lenguajes de señas, que garantice una comunicación acertiva y efectiva entre los pacientes con esta discapacidad y el talento de la Clínica.	Capacitar al talento humano de las diferentes áreas de la clínica en lenguaje de señas, con el fin de brindar una comunicación inclusiva y acertiva con los pacientes que tengan este tipo de discapacidad.	Número de personas capacitadas / Numero total de personas contratadas en la Clínica.	Escoger las personas de cada área que recibirán la capacitación en lenguaje de señas.	Reunión con directivos y coordinadores de áreas	1/08/22	1/01/23	Talento Humano	\$800.000 a \$1.000.000
					Desarrollo de capacitación	Listados de asistencias y fotografías			SIAU	
					Evaluación de Conceptos adquiridos	Formatos de Evaluación.			Gestión de Calidad	
					Adquisición de herramientas que faciliten la Comunicación (manuales o traductores)	Manuales y traductores			Director Administrativo	\$ 900.000,00
2	Baños inadecuados para pacientes con discapacidad física	Inconvenientes para el acceso de pacientes en silla de rueda a baños ubicados en consulta externa y en urgencias	Acondicionar la infraestructura de los baños, con el fin que los pacientes con discapacidad física puedan acceder	Numero de baños remodelados/Numero total de baños	Remodelación del área donde se prevee hacer esta obra	Evidencia física del cumplimiento de obras	Tiempo estimado de trabajo: 2 semanas.	Coordinador de Infraestructura. Contratación por Obra Externa	\$ 4.500.000,00	
					Adquisición de insumos					
					Modernización de mobiliario					
3	Trato no humanizado para pacientes con diferentes tipos de discapacidad	Insatisfacción de los usuarios en el trato recibido por parte del talento humano de la Institución	Aumentar la percepción de satisfacción de los pacientes con discapacidad atendidos en la clínica	Satisfacción del servicio= <sumatoria de puntajes del 1-5 / # personas encuestadas > ; para esto, se debe hacer un diagnóstico de satisfacción hoy y compararlo con uno final, para saber si hubo un incremento	Campañas de Sensibilización y buen trato hacia los pacientes	Registro de evidencias y asistencias.	Realizar 4 campañas de comunicación al año	Talento Humano y comunicaciones	\$ 2.000.000,00	
					Reuniones Grupales donde socialicen un caso específico		1 taller por semestre guiado por RRHH	Coordinadora de Enfermería		
					Talleres donde se refuerze valores y buenos modales.	Evaluaciones de desempeño y aprendizaje	1 taller por semestre guiado por RRHH	Gestión de Sistemas Integrados y talento humano		
4	No hay una atención integral al usuario ni un buen registro de datos y seguimiento	Falta de articulación en servicios y entidades de la zona para una mejor estrategia de prestación de atención.	Lograr que los pacientes tengan continuidad en sus tratamientos	Numero de pacientes adheridos a tratamientos / Numero total de pacientes atendidos en la clínica, en un periodo de tiempo	Establecer rutas integrales de Atención concertadas con las Aseguradoras y la Red Prestadora de Salud de la Región, para garantizar tratamientos continuos para pacientes con Discapacidad	Portafolio de la Red Integrada de Salud, que contenga oferta de servicios y tratamientos	Establecer de forma anual	Directivos de la institución		

7. DISCUSIÓN

La implementación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial a la población con Discapacidad en una IPS de Montería en 2021, a través de la aplicación de unas encuestas a un grupo determinado de población con discapacidad, atendida en la respectiva Institución Prestadora de Salud.

Este ejercicio arrojó resultados similares a los obtenidos por otras investigaciones realizadas, que tenían como objetivo establecer la implementación de modelos de atención con enfoque diferencial a las personas con discapacidad; tal es el caso del estudio adelantado por Abuchar(37) que aparte de identificar que la mayoría personas con discapacidad objeto de su estudio, correspondían a víctimas del conflicto armado, pudo concluir que no se cuenta con un programa de salud integral con enfoque diferencial, además de determinar la poca oferta de centros habilitados que cumplan los criterios para atender este tipo de población.

Teniendo en cuenta los resultados del estudio, y realizando la comparación, se encuentra que concuerda con las conclusiones definidas en nuestra investigación, en las cuales se estipula que la Institución Prestadora de Salud objeto del estudio; no cuenta con un modelo de enfoque diferencial definido para la población con discapacidad que demande servicios de salud en la institución

Es importante indicar, que a diferencia del estudio realizado por Abuchar (27), nuestra investigación se enfocó en determinar las características sociodemográficas de la población con discapacidad, para que a partir de la percepción de las satisfacción determinada a través de la encuesta, se establezca la implementación o no de un modelo con enfoque diferencial; lo contrario a lo realizado en el estudio de Abuchar, en el cual el enfoque se basó en los estándares de habilitación en el componente de infraestructura que deben contar las Instituciones Prestadoras de Salud, para brindar servicios que se adapten a las características particulares y específicas de la población con discapacidad.

No obstante, a los estudios ya desarrollados y a los resultados obtenidos en esta investigación, es de anotar que hay poca información de proyectos que busquen establecer si en Colombia y particularmente en el municipio de Montería en el departamento Córdoba, las Instituciones Prestadoras de Salud cuentan con las condiciones mínimas de infraestructura para atender a la población con discapacidad, así como modelos de atención diferencial implementados y servicios humanizados por parte del equipo administrativo y médico de la institución.

Por otra parte, el estudio adelantado por Verdugo Crespo y Nieto (29), que tiene como objetivo estudiar las necesidades percibidas por las personas con discapacidades con el fin de prevenir condiciones perjudiciales y aumentar calidad

de vida, tiene una marcada semejanza con la investigación que desarrollamos, toda vez que apunta a determinar la calidad de atención ofertada a la población con discapacidad por parte de los prestadores de salud, través de la percepción de la satisfacción de las personas de discapacidad; entendiendo como calidad aplicación de las normas (enfoque diferencial), políticas de tratamientos y disponibilidad de recursos que garanticen una oportuna rehabilitación, de acuerdo a las necesidades particulares de cada paciente con discapacidad.

Ahora bien, la conclusión del estudio Verdugo Crespo y Nieto (29), arroja una insatisfacción de la población al considerar que hay una evidente brecha en la calidad de atención en salud para las personas con discapacidad, originada en las barreras de acceso a los servicios de salud para esta población, lo cual coincide con una de las conclusiones establecidas en nuestra investigación, la cual indica que el 70% de la población encuestada no se encuentra satisfecha con la atención brindada por la IPS, al considerar que no está enfocada en la seguridad del paciente de acuerdo a las características particulares de cada tipo de discapacidad.

Es entonces propicio resaltar que, los estudios analizados, si bien están dirigidos al mismo tipo de población, es decir, aquella que presenta algún tipo de discapacidad; se utilizaron diferentes métodos para hallar los resultados, diferentes encuestas, diferentes Instituciones Prestadoras de Salud en espacios geográficos diversos de Colombia; arrojando conclusiones similares a las establecidas en nuestra investigación, lo cual nos indica que en los diferentes territorios se presenta insatisfacción por parte de la población con discapacidad, al considerar que no son atendidos con modelos de salud que garanticen una prestación de servicio de salud con enfoque diferencial, oportunos e idóneos con las características de esta población.

No obstante a lo anterior, y pese a la evidente falla que existe en la atención en salud de estas poblaciones evidenciado en diferentes estudios; las investigaciones enfocadas a determinar la implementación de modelos de salud con enfoque diferencial para personas con discapacidad, demuestran un importante interés en disminuir las brechas de inequidad en la prestación de servicios de salud para esta población, evidencian la imperiosa necesidad de adoptar políticas públicas de orden Nacional y Municipal que impacten positivamente en la calidad de vida de estas poblaciones, y sobre todo demuestran la necesidad que existe de implementar modelos de salud diferenciales en las Instituciones Prestadoras de Salud, tanto en el ámbito de infraestructura, de humanización del talento humano, tanto medico como administrativo, con servicios de salud ajustados a las necesidades particulares de la población con discapacidad, garantizando de esta manera la satisfacción de los usuarios al recibir atención en salud idónea, tratamientos oportunos, que permitan sobrellevar de alguna manera las dificultades sociales que se originan a partir de padecer algún tipo de discapacidad.

Por otra parte, se puede observar igual que sigue existiendo una brecha de desigualdad entre la población discapacitada y su oportunidad de Ingresar al mercado laboral, aunque los gobiernos regionales y nacionales cada vez se ven más interesados en disminuir esta brecha, todavía estamos muy alejados de países desarrollados donde la distancia se acorta años tras años.

En el área particular de empleo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que el 80% de las personas con discapacidad en edad de trabajar están en situación de desempleo, lo que se debería principalmente a la falta de oportunidades educativas y de capacitación laboral, así como al prejuicio entre los empleadores de que ésta es una población incapacitada para el trabajo o, en el mejor de los casos, cuya incorporación resultaría muy costosa.

Por último, es preciso señalar, que, si bien es cierto, durante la investigación se logró determinar que la IPS objeto de estudio, brinda una atención en salud oportuna y con prioridad de la seguridad del paciente, se evidencia que se deben gestionar mejoras para la prestación del servicio para pacientes con discapacidad; tal como las rampas en los accesos e infraestructura para personas con discapacidad física, ya que la IPS carece de infraestructura para atender discapacidad de tipo mental o auditiva; ya que su discapacidad y sus limitantes maximizan la dificultad de atención en escenarios no aptos para dicho servicio.

8. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la población encuestada, se afirma que en su mayoría los usuarios discapacitados corresponden al género masculino. Caracterizados en su mayoría por ser solteros e indicar un nivel de escolaridad de bachilleres. Por lo cual, se relaciona que como ocupación en su gran mayoría son desempleados; teniendo como discapacidad física, la más encontrada en dicha población.

Así mismo, se evaluó que no hay cumplimiento de los estándares establecidos en el enfoque diferencial en una IPS de Montería en la atención en salud de la población con discapacidad, ya que la mayoría de las respuestas corresponden a evaluaciones de regular, malo y muy malo. Indicando que la oportunidad del servicio no es oportuna y las condiciones físicas de la IPS no son adecuadas e inclusivas para los discapacitados. Lo anterior, ocasionó que un alto porcentaje de la población con discapacidad considere que la IPS no brindó servicios de su salud ajustados a sus necesidades médicas y características particulares, evidenciando que la IPS no aplicó un modelo de salud con enfoque diferencial.

Se debe considerar relevante que la IPS aplique estrategias de mejora en los aspectos que la población indica como debilidad, ya que este servicio hace parte de una atención humanizada y con enfoque dirigido a la seguridad del paciente, tanto discapacitado como población común.

9. RECOMENDACIONES

Las estrategias de mejoramiento, que garanticen la aplicación del enfoque diferencial en la atención en salud de la población con discapacidad, por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud en el municipio de Montería, están enfocadas a mejorar de cada una de las debilidades identificadas, relacionadas a continuación:

Socializar con las directivas de la IPS el plan de mejora elaborado a partir de las deficiencias identificadas, con el objetivo de ser implementado en la institución, y garantizar a la población con discapacidad un modelo de atención en salud con enfoque diferencial.

Socializar con la academia a Nivel Territorial la investigación realizada y sugerir que algunos de los programas de pregrado y postgrados ofertados por la Institución, incluyan el estudio de modelos de salud con enfoque diferencial para poblaciones especiales, tales como las personas con discapacidad.

Socializar con las aseguradoras y Entes de Control de orden Departamental y Municipal, los resultados de la investigación realizada, y sugerir la aplicación de auditorías rigurosas que exijan la adopción de los criterios técnicos mínimos exigidos para la atención de usuarios con enfoque diferencial.

Instar a otras Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como privadas del nivel municipal, la implementación de modelos de salud con enfoque diferencial a la población con discapacidad, a través de la socialización de los resultados y conclusiones identificadas en esta investigación; con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud ofertados a este tipo de población y aumentar el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en dichas instituciones.

ANEXOS

ANEXO A .



Caracterización del Documento
Código: CC-GTH-040

Montería, 28 de octubre de 2021

Doctora
ENALBIS ESTHER ESPITIA CABRALEZ
Docente Director del curso seminario de investigación II
UNIVERSIDAD DE CORDOBA
Email: enalbisespitia@unicordoba.edu.co
Carrera 6 N 77-305
Montería, Córdoba

Asunto: Consentimiento para estudio

Respetado saludo,

En respuesta a su solicitud nos permitimos notificarle que la organización Clínica Central OHL Ltda., autoriza para que los estudiantes; Rodrigo Barreneche, Doris González Y Laura Rubio, bajo la dirección de la Msc Enalbis Esther Espitia Cabralez, desarrollen el proyecto titulado "Atención en salud con enfoque diferencial a la población con discapacidad en una institución prestadora de salud en Montería 2021".

Teniendo en cuenta la acostumbrando confidencialidad y correcto manejo de la información bajo principios éticos y legales que siempre ha existido entre las partes le deseamos éxito en este proyecto.

Sin más anotaciones, esperamos haber generado respuesta de fondo al requerimiento. Ponemos a disposición nuestros medios de comunicación, correo electrónico info@clinicacentral.com.co Contacto Center (4) 781 02 81 extensión 116.

Cordialmente,



DIANA DORRA ALTAMIRANDA
Director de Talento Humano

Carrera 6 No. 30-36 Montería – Córdoba
www.clinicacentral.com.co
info@clinicacentral.com.co
Contact Center (+57 4) 781 02 81

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Congreso de Colombia. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Diario Oficial No 48.717 2013(1618).
- (2) Mundial B. Informe mundial sobre la discapacidad 2011. 2011.
- (3) Congreso de Colombia. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Diario Oficial No 48.717 2013(1618).
- (4) Colombia D. Ley Estatutaria 1618 de 2013. Por Medio De La Cual Se Establecen Las Disposiciones Para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. 2013.
- (5) Decreto 1538 de 2005 - EVA - Función Pública [Internet]. Gov.co. [citado el 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16540>.
- (6) Jiménez Buñuales M, González Diego P, Martín Moreno JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Revista española de salud pública 2002; 76:271-279.
- (7) Colombia M. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD [Internet]. Minsalud.gov.co. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>
- (8) COLOMBIA, D., 2015, E. and DISCAPACIDAD, R., 2021. ESTADÍSTICAS - Discapacidad Colombia. [online] Discapacidadcolombia.com. Available at: <<http://www.discapacidadcolombia.com/index.php/estadisticas>> [Accessed 4 March 2021].
- (9) Montoya LC. Panorama de la protección jurisprudencial a los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia. Universitos 2009;58(118):115-139
- (10) Referencia: expediente D-5897 [Internet]. Gov.co. [citado el 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-076-06.htm>
- (11) www.eluniversal.com.co. 2021. Córdoba no tiene identificada a su población discapacitada. [online] Available at:

<<https://www.eluniversal.com.co/regional/cordoba/cordoba-no-tiene-identificada-su-poblacion-discapacitada-218395-OREU322581>> [Accessed 4 March 2021].

(12) Concha, S., 2021. [online] Saldarriagaconcha.org. Available at: <<https://www.saldarriagaconcha.org/indice-personas-discapacidad/wp-content/uploads/2019/01/Cordoba.pdf>> [Accessed 4 March 2021].

(13) Gaviria U, Burgos G. No title. Línea base observatorio nacional de discapacidad: análisis descriptivo de indicadores. observatorio nacional de discapacidad [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2014. [cited 2017 Aug 30].

(14) L. Otero (comunicación personal, 15 de enero de 2020).

(15) S.A.S., E., 2021. *Enfoques diferenciales y su abordaje en política pública*. [online] Larepublica.co. Available at: <<https://www.larepublica.co/analisis/econometria-consultores-2889073/enfoques-diferenciales-y-su-abordaje-en-politica-publica-2910579>> [Accessed 4 March 2021].

(16) Clinicacentral.com.co. 2021. *Clínica Central O.H.L Ltda. - Plataforma Estratégica*. [online] Available at: <<http://www.clinicacentral.com.co/nosotros/>> [Accessed 4 March 2021].

(17) . Qué es la discapacidad. Concepto y evolución histórica y cultural [Internet]. El Blog de la Fundación Adecco. 2021 [cited 8 March 2021]. DISPONIBLE EN: <https://fundacionadecco.org/blog/que-es-la-discapacidad-evolucion-historica/>

(18) Valencia LA. Breve historia de las personas con discapacidad: de la opresión a la lucha por sus derechos. Recuperado de: <http://www.rebelión.org/docs/192745.pdf>. 2014.

(19) Palacio YA. Una mirada al enfoque de derechos en la protección de las personas con o en situación de discapacidad en Colombia. Vniversitas. 2014 jun 30;63(128):11-5.

(20) MINSALUD M. ABECÉ DE LA DISCAPACIDAD EN COLOMBIA - Discapacidad Colombia [Internet]. Discapacidadcolombia.com. 2021 [cited 8 March 2021]. Disponible en: <http://www.discapacidadcolombia.com/index.php/articulos-discapacidad/mujer-y-discapacidad-en-colombia-2>

- (21) 3. Atención primaria de salud [Internet]. Es.wikipedia.org. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud
- (22) Andrea Padilla-Muñoz, Discapacidad: contexto, concepto y modelos, 16 International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional, 381-414 (2010).
- (23) Paho.org. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=378-modelo-de-atencion_mpas&category_slug=publications&Itemid=518
- (24) Paho.org. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=378-modelo-de-atencion_mpas&category_slug=publications&Itemid=518
- (25) Paho.org. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=378-modelo-de-atencion_mpas&category_slug=publications&Itemid=518
- (26) Colombia M. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD [Internet]. Minsalud.gov.co. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>
- (27). Abuchar González, Alejandro. *Reorganización de la salud en el distrito de Turbo, Antioquia como sistema de red: diseño del modelo integral de atención en salud con enfoque diferencial*. Diss. Universidad EAFIT, 2020.
- (28). Campos V, Cortes-Velásquez R. Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. Revista médica de Chile. 2019 May;147(5):634-42.
- (29)Schalock R. Aplicaciones del paradigma de calidad de vida a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. M. Verdugo, M. Crespo, & T. Nieto (Coords.). Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad SAID. 2010:11-8
- (30) Buitrago López, Edwin Alberto. Rave Juan Camilo. La aplicación del enfoque diferencial de género y diversidad sexual en la Política pública de Víctimas. Repositorio.ucp.edu.co

(31) De Colombia CP. Constitución política de Colombia. Bogotá, Colombia: Leyer. 1991

(32) COLOMBIA C. Ley 1145 de 2007 - EVA - Función Pública [Internet]. Funcionpublica.gov.co. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=25670#:~:text=Para%20garantizar%20en%20el%20nivel,el%20mecanismo%20de%20coordinaci%C3%B3n%20de>

(33) Colombia CD. LEY 1346 DE 2009. Diario Oficial. 2009;47427.

(34) Colombia CD. Ley 1438 de 2011. Ley 1438 de 2011.

(35) 9. SALUD COLOMBIA M. [Internet]. Minsalud.gov.co. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

(36) 10. SALUD COLOMBIA M. [Internet]. Minsalud.gov.co. 2021 [cited 14 March 2021]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20113%20de%202020.pdf

(37) Encuesta Modelo de Discapacidad Versión Corta - Guía de implementación [Internet]. Who.int. [citado el 29 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/model-disability-survey-implementation-guide>

(38) Gov.co. [citado el 14 de Marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

(39) Ley 1581 de 2012 - Gestor Normativo [Internet]. Gov.co. [citado el 29 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>