

**CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD: AJUSTES RAZONABLES PARA
ACCESIBILIDAD DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE PRIMER NIVEL. COLOMBIA. 2015-2022**



**KELLY DE JESÚS BELEÑO RAMOS
YANDRI JAIDITH CAUSIL CORTES
ERIKA LILIBETH PUELLO BERNAL**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD
MONTERÍA CÓRDOBA
2023**

**CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD: AJUSTES RAZONABLES PARA
ACCESIBILIDAD DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE PRIMER NIVEL. COLOMBIA. 2015-2022**

**KELLY DE JESÚS BELEÑO RAMOS
YANDRI JAIDITH CAUSIL CORTES
ERIKA LILIBETH PUELLO BERNAL**

**MONOGRAFÍA PRESENTADA PARA OPTAR TÍTULO DE
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD**

DOCENTE. CONCEPCIÓN AMADOR AHUMADA. MAGISTER

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD
MONTERÍA CÓRDOBA
2023**

Nota de aceptación

PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Montería, 24 de junio de 2023

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a quienes siempre creyeron en nuestras capacidades, nunca se rindieron y ayudaron a construir este proyecto que es la materialización de un sueño

Kelly, Yandri y Erika

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por ser el patrocinador de mis sueños, a mis padres y hermanos por apoyarme en cada decisión y en cada proyecto, no ha sido fácil, pero si un camino muy divertido y productivo donde conocí personas maravillas que ayudaron en mi crecimiento profesional.

Gracias a la Universidad de Córdoba por permitirme continuar con mi proceso de formación, agradezco también a mis docentes, que fueron partícipes de este proceso, que con sus diferentes formas de enseñar me motivaron a seguir adelante, a mis compañeros de clases, son únicos y especiales y de cada uno aprendí cosas diferentes.

Kelly Beleño Ramos

Primeramente, darle gracias a Dios por quien me ha guiado en cada paso que doy y me ha dado la fortaleza para seguir adelante, a mis padres y a mi hija, pilar de mi vida y quienes me motivan a seguir adelante, a mis hermanos y demás familiares que acompañaron este camino que no fue fácil.

Agradezco a la Universidad por haberme aceptado y permitirme subir un escalón en mi formación profesional, a mis docentes, especialmente a nuestra asesora de esta monografía, Concepción Amador Ahumada quien con paciencia y conocimiento y paciencia nos orientó en este proyecto.

Yandri Causil Cortes

Doy gracias a Dios por ser quien ha forjado mi camino y me ha traído hasta donde estoy; gracias a mi esposo y mis hijas que son lo maravilloso que tengo y por estar presente en esta etapa tan importante de mi vida, ofreciéndome en todo momento su amor y comprensión, a mis amigos y demás familiares que han estado presente a lo largo de este proyecto.

A mis profesores que han sembrado en mí el interés por hacer las cosas cada día mejor en pro de los demás, a la Universidad de Córdoba por ser parte importante en este proceso.

Erika Puello Bernal

TABLA DE CONTENIDO

	PÁG.
RESUMEN.....	10
SUMMARY	11
INTRODUCCIÓN.....	12
1. METODOLOGÍA	15
1.1. TIPO DE ESTUDIO.....	15
1.2. OBJETIVOS	15
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
1.3. UNIDAD DE ANÁLISIS	16
1.4. POBLACIÓN	16
1.5. MUESTRA.....	16
1.6. FUENTES DE INFORMACIÓN	17
1.7. MÉTODOS	17
1.8. ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN	18
1.9. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	18
1.10. ASPECTOS ÉTICOS	18
1.11. ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	18
2. MONOGRAFÍA.....	19
CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD: AJUSTES RAZONABLES PARA ACCESIBILIDAD DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE PRIMER NIVEL. COLOMBIA. 2015-2022	19
2.1. ADECUACIONES QUE EXIGE LA NORMA A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	23
2.1.1. NORMAS ACERCA DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.....	23
2.1.2. ATENCIÓN EN SALUD EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO	27
2.1.3. ADECUACIONES NORMATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SENSORIAL	28
2.2. HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS EXISTENTES QUE PERMITEN ELIMINAR LAS BARRERAS COMUNICATIVAS Y ACTITUDINALES EN COLOMBIA	33
2.2.1. CONCEPTO DE HERRAMIENTAS Y SU UTILIDAD	33
2.2.2. TIPOS DE HERRAMIENTA	33
2.2.3. HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS.	34
2.2.4. LA COMUNICACIÓN Y LAS BARRERAS COMUNICATIVAS	35

2.2.5. HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS DE UTILIDAD PARA ELIMINAR LAS BARRERAS COMUNICATIVAS.....	37
2.3. AJUSTES RAZONABLES PARA LA ELIMINACIÓN DE BARRERAS COMUNICATIVAS Y ACTITUDINALES EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SENSORIAL	39
2.3.1. EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD	39
2.3.2. LA COMUNICACIÓN Y SU IMPORTANCIA EN LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.....	41
2.3.3. EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA ELIMINACIÓN DE BARRERAS COMUNICATIVAS.....	43
3. CONSIDERACIONES FINALES	44
4. CONCLUSIONES.....	46
5. RECOMENDACIONES	52
6. REFERENCIAS	53

LISTA DE TABLAS

	PÁG.
CUADRO 1: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	16
CUADRO 2. NORMOGRAMA ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD EN COLOMBIA	24
CUADRO 3. PAUTAS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD EN COLOMBIA	28
CUADRO 4: OBSERVACIONES DE CUMPLIMIENTO EN LAS INSTITUCIONES DEL MUNICIPIO DE MONTERÍA.	31

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
FIGURA 1: CLASIFICACIÓN: TIPOS DE DISCAPACIDAD.....	20
FIGURA 2: CLASIFICACIÓN DE AYUDA TECNOLÓGICA SEGÚN SU NATURALEZA.....	35
FIGURA 3: CLASIFICACIÓN HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS.	38
FIGURA 4: ZONA I RECEPCIÓN, ÁREAS QUE FACILITAN EL CONTROL DE INGRESO DE LOS CIUDADANOS.	48
FIGURA 6: ZONA III PUNTOS DE ATENCIÓN.....	49
FIGURA 7: ZONA IV ADMINISTRATIVA, ÁREA ADMINISTRATIVA Y TÉCNICA DEL PUNTO DE SERVICIO. FUENTE: MANUAL ATENCIÓN INCLUYENTE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	50

RESUMEN

Introducción: La discapacidad sensorial se puede considerar como una de las barreras de atención más significativas, que no permite el goce pleno de los derechos de las personas que la padecen, quienes tienen algún tipo de discapacidad no solo se ven limitados física, mental o psicológicamente, a eso le sumamos una atención en los centros de asistenciales que no satisface sus necesidades en salud al no ser comprendidos, entendiendo que la comunicación para que sea efectiva, necesita no solo de un emisor y receptor sino también de un canal, un código y un mensaje que deben ser claros para ambos, donde los ruidos no supongan una barrera difícil o imposible de superar. **Objetivo:** Evidenciar los parámetros que han explicado la calidad de atención en salud relativa a los ajustes razonables para accesibilidad de personas en condición de discapacidad en las instituciones prestadoras de primer nivel en Colombia. **Metodología:** La monografía fue desarrollada en dos fases sucesivas: heurística o de búsqueda y selección y la hermenéutica conocida como asimilación o redacción de los textos por las autoras; de esta segunda fase surgen las consideraciones finales, conclusiones y recomendaciones, identificando los ajustes razonables que deben implementar las Instituciones para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud. **Resultados:** Los principales resultados de esta monografía indican que si bien en Colombia existe normativa tendente a limitar la vulneración de los derechos de las personas con Discapacidad, de las instituciones de primer nivel que prestan servicios en el municipio de Montería son muy pocas las que suman esfuerzos para la implementación de adecuaciones o ajustes razonables, estas modificaciones y/o adaptaciones necesarias, según el Ministerio de Salud y Protección Social, no imponen una carga desproporcionada para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. **Conclusiones:** El uso de estas adecuaciones implica la prestación de servicios con calidad y con un enfoque centrado en la persona, que les permita la igualdad frente a los demás usuarios, el gran avance y auge que han tenido las tecnologías de la informática y las comunicaciones brindan las herramientas necesarias que permitan lograr la satisfacción de los usuarios en condición de discapacidad y brindando a las instituciones la posibilidad de mejorar la percepción de calidad de los usuarios frente a los servicios prestados.

Palabras Claves: Discapacidad, Calidad, atención, herramientas, ajustes razonables.

SUMMARY

Introduction: Sensory disability can be considered one of the most significant care barriers, which does not allow the full enjoyment of the rights of people who suffer from it, those who have some type of disability are not only physically, mentally or psychologically limited, to this we add care in health care centers that does not meet their health needs because they are not fully understood, realizing that to be more effective, communication doesn't just need a sender and receiver, also a channel code and a message that must be clear to both of them, where noise does not represent a difficult or impossible barrier to overcome. **Objective:** Evidence the parameters that have explained the quality of health care relative to reasonable adjustments for accessibility of people with disabilities in first-level provider institutions in Colombia. **Methodology:** The monograph was developed in two successive phases: heuristics or search and selection and hermeneutics known as assimilation or writing of the texts by the authors; The final considerations, conclusions and recommendations emerge from this second phase, identifying the reasonable adjustments that Institutions must implement to guarantee accessibility to health services. **Results:** The main results of this monograph indicate that although in Colombia there are regulations tending to limit the violation of the rights of people with disabilities, of the first level institutions that provide services in the municipality of Montería there are very few that add efforts to implement reasonable accommodations or adjustments, these necessary modifications and/or adaptations, according to the Ministry of Health and Social Protection, do not impose a disproportionate burden to guarantee people with disabilities the enjoyment or exercise, on equal terms with those others, of all human rights and fundamental freedoms. **Conclusions:** The use of these adaptations implies the provision of quality services and with a person-centered approach, which allows them equality with other users, the great advance and boom that information technology and communications have had. They provide the necessary tools to achieve the satisfaction of users with disabilities and provide institutions with the possibility of improving the perception of quality of users regarding the services provided.

Keywords: Disability, Quality, attention, tools, reasonable adjustments.

INTRODUCCIÓN

La calidad de atención en salud en Colombia se define en el Decreto 1011 de 2006 como *“la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”* (1).

Dentro de los atributos de la calidad de la atención en salud, se encuentra la accesibilidad que esta descrita por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Artículo 3 de este mismo decreto como *“la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud”* (1).

Ahora bien, como grupo de interés, los sujetos de este documento son las personas con discapacidad, entendida como (2) personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que enfrentan obstáculos para participar plena y efectivamente en la sociedad, en igualdad de condiciones con otros ciudadanos.

En la actualidad, en Colombia se cuenta con una Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social sujeto al desarrollo de las Entidades Territoriales y de los organismos públicos y privados que ofrecen servicios de cualquier índole en ellos, cuyo objetivo es *“asegurar el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores para el periodo 2013 – 2022”* (3), y aunque se ha avanzado mucho en garantizar el goce efectivo de estos servicios, a través de los años se ha podido observar que las instituciones prestadoras de servicios de salud adoptan la eliminación de barreras físicas para el acceso a personas con discapacidad física o movilidad reducida, sin embargo, no se observa tal avance en la implementación de la eliminación de barreras comunicativas y actitudinales.

Dicho de otro modo, las instituciones no siempre cuentan con un intérprete o miembro del equipo de trabajo con la capacidad de comunicarse con usuarios que presenten discapacidad auditiva y/o visual, así mismo, tampoco se observa en la totalidad de estas instituciones una señalización en lenguaje braille u otra herramienta que permita la orientación de las personas con discapacidad visual o visión reducida.

Se plantea entonces que esto se ha convertido en un problema para todas aquellas personas con dicha condición, toda vez que al recibir los servicios de salud encuentran un obstáculo para el goce pleno de su (4) derecho a la atención en salud accesible, oportuno y seguro, y que sean atendidas sus necesidades, poniéndolos en desventaja frente a otros usuarios; viéndose obligados a buscar ayuda externa o acompañamiento constante; situación que en muchas ocasiones va en contravía de su derecho a la individualidad e intimidad en la atención en salud generando discriminación, exclusión y desigualdad. (5)

En la práctica profesional se ha evidenciado que las instituciones prestadoras de Salud del municipio de Montería no cuentan con los ajustes pertinentes para la eliminación de barreras comunicativas en la atención de personas en condición de discapacidad sensorial, específicamente discapacidad auditiva y visual, debido a que no disponen de talento humano capacitado en lenguaje inclusivo y tampoco se observa el uso de herramientas tecnológicas para tal fin.

Lo anterior motiva la presente monografía, puesto que la falta de eliminación de estas barreras imposibilita el acceso integral de las personas en condición de discapacidad a los servicios de salud, impactando en la calidad de la prestación de los mismos vulnerando su derecho a la intimidad y la toma de decisiones en la atención, ya que generalmente deben acudir con un acompañante, y esto en algunas ocasiones puede generar revictimización o renuencia a la búsqueda de atención.

Este trabajo de investigación es importante, dado que las a personas en condición de discapacidad tienden a vulnerarle sus derechos, a causa de formar una minoría dentro de la sociedad con diversas formas de comunicarse, la inclusión de personas con discapacidad significa entender la relación entre la manera en que las personas funcionan y cómo participan en la sociedad, así como garantizar que todas tengan las mismas oportunidades de participar en todos los aspectos de la vida, para mantener su bienestar, estar activas y participar en la comunidad. Tener una discapacidad no significa que la persona no esté sana o no pueda estarlo (ONU 2006).

Ahora bien, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “*todos los seres humanos nacen libres en igualdad y derechos*”(6), lo que implica un reconocimiento de la diversidad no solamente cultural, étnica, genética si no también, en la diversidad de comunicación que pueden generar barreras que excluyan y discriminen a quienes tienen alguna condición de discapacidad, lo que

obliga a tomar medidas que reconozcan y respondan con equidad aún más en las instituciones que prestan servicios de salud, que sean acordes a sus necesidades.

En este sentido se hace necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud garanticen la atención con calidad y accesibilidad a este tipo de población eliminando todo tipo de barreras de acuerdo a lo establecido en el artículo 11 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 (4), que enfatiza los sujetos de especial protección, entre ellos a las personas en condición de discapacidad, determina además que la atención no puede ser condicionada por ninguna barrera de tipo administrativa o económica, el estado y las instituciones de salud deberán garantizar la atención y definir procesos intersectoriales, este tipo de ajustes le permiten a las IPS aumentar su reconocimiento y competitividad en el mercado, generando a su vez mayor asistencia de la población en esta condición y por tanto una mejor percepción de calidad en la atención diferencial.

FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Qué parámetros definen la calidad de atención en salud, relativa a los ajustes razonables para la accesibilidad de personas en condición de discapacidad en las instituciones prestadoras de primer nivel en Colombia durante el periodo comprendido entre 2015 –2022?

CAPITULO I

1. METODOLOGÍA

1.1. TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo como parte de una monografía científica para analizar las experiencias relacionadas con el cumplimiento y/o aplicación de los ajustes razonables en la atención a personas con discapacidad, específicamente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Primer Nivel en el Municipio de Montería. La metodología empleada fue de enfoque analítico, con el objetivo de examinar detalladamente el nivel de cumplimiento de dichos ajustes. Para abordar este objetivo, se realizó una revisión documental exhaustiva, abarcando el período comprendido entre 2015 y diciembre de 2022.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Evidenciar los parámetros que han explicado la calidad de atención en salud relativa a los ajustes razonables para accesibilidad de personas en condición de discapacidad en las instituciones prestadoras de primer nivel en Colombia y literatura o normatividad emitida durante el periodo comprendido entre 2015 -2022.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de adecuaciones que exige la norma a las Instituciones prestadoras de servicios de salud para la atención de personas en condición de discapacidad.
- Determinar la disponibilidad de herramientas tecnológicas existentes que permiten eliminar las barreras comunicativas y actitudinales en Colombia.
- Documentar la información existente acerca de los ajustes razonables que han implementado las instituciones de salud de Colombia, para la eliminación de barreras comunicativas y actitudinales en la atención en salud de personas en condición de discapacidad sensorial.

1.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis del estudio es la documentación relativa a los ajustes razonables para accesibilidad a la atención en salud con calidad dirigida a las personas en condición de discapacidad en las instituciones prestadoras de primer nivel de atención.

1.4. POBLACIÓN

Para la monografía se usó como población de referencia 44 documentos entre libros, bases de datos, artículos, revistas, informes consultados, registros web de sitios oficiales y resoluciones, decretos y normatividad correspondiente al tema en estudio, hallados en la página del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre la calidad de atención en salud relativa a los ajustes razonables para accesibilidad de personas en condición de discapacidad en las instituciones prestadoras de primer nivel.

1.5. MUESTRA

Al tratarse de una monografía científica para análisis de experiencias, la muestra fue constituida por 44 documentos como libros, base de datos, páginas web certificadas, artículos científicos para los cuales se usaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Cuadro 1: Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de Exclusión
Legislación Colombiana vigente referente a los derechos de las personas con discapacidad.	Libros, estudios, monografías, artículos científicos publicados en idiomas distintos al español.
Libros, estudios, monografías, artículos científicos con temática referente a: Calidad de atención en salud brindada a las personas en condición de discapacidad; ajustes razonables para accesibilidad a la atención de personas en condición de discapacidad en las instituciones prestadoras de salud de primer nivel en Colombia durante el periodo 2015-2022; comunicación de las personas con	Noticias de divulgación en formato magazine, revisiones, editoriales o resúmenes incluidos en blogs personales.

discapacidad sensorial; herramientas para la eliminación de barreras comunicativas.	
Libros, estudios, monografías, artículos científicos publicados entre 2015 y 2022	Libros, estudios, monografías, artículos científicos que no sean accesibles.
Libros, estudios, monografías, artículos científicos publicados entre 2015 y 2022 disponibles en español.	

Fuente: Elaboración propia de las autoras.

1.6. FUENTES DE INFORMACIÓN

Por ser monografía, las fuentes bibliográficas de información son primarias, de las cuales 1 fueron libro, 8 artículos científicos publicados en Google académico, 2 trabajos de grado 8 artículos publicados por organizaciones reconocidas internacionales, 1 boletín poblacional, 5 manuales además de la normatividad correspondiente al tema en estudio, hallados en la página del Ministerio de Salud y Protección Social; también se utilizaron fuentes secundarias y terciarias como trabajos de grado ubicados en los repositorios oficiales, que recopilen información y estadísticas de los ajustes razonables adoptados en las instituciones prestadoras de salud de primer nivel.

1.7. MÉTODOS

La monografía se desarrolló en dos fases sucesivas: heurística o de búsqueda y selección y la hermenéutica conocida como asimilación o redacción de los textos por los autores; de esta segunda fase surgen las consideraciones finales, conclusiones y recomendaciones.

Para el desarrollo de la monografía se usaron dos mecanismos o métodos para la gestión del conocimiento; el primero de ellos es la fase heurística en la cual el equipo autor busca la información de interés en las redes bibliográficas, seleccionando aquellos tópicos de su interés.

La segunda fase o hermenéutica consiste en la redacción de los textos por parte de los autores con base en sus conocimientos especializados y experiencia, de tal manera que las ideas y conceptos que están textuales tendrán el formato de cita breve o de cita extensa según en caso; con lo cual se presupone que el resto de la información fue reprocesada, o redactada de nuevo por el equipo de autoras. Finalizada la fase hermenéutica con el desarrollo de las consideraciones finales

desde la perspectiva del auditor se respondieron las preguntas para obtener las conclusiones y de ellas extraer las recomendaciones.

1.8. ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN

El documento está organizado en cinco capítulos 1ro (primero) es la metodología, 2do (segundo) la monografía propiamente dicha, 3ro (tercero) las consideraciones finales en la cual los autores expresan su saber desde la perspectiva de la gerencia de servicios de salud, 4to (cuarto) conclusiones y 5to (quinto) recomendaciones respectivas.

1.9. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los resultados, se presentan en texto, esquemas, figuras, y demás utilizando el paquete ofimático Microsoft Office versión 2016.

1.10. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación de acuerdo con los términos de la Resolución 8430 de 1993 (7) artículo 11 del Ministerio de Salud fue clasificada como: sin riesgo ético debido a la naturaleza y tipo de intervención.

1.11. ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

La responsabilidad de las opiniones emitidas en el documento es de sus autoras Kelly de Jesús Beleño Ramos, Yandri Jaidith Causil Cortes y Erika Lilibeth Puello Bernal, quienes conservan la propiedad intelectual de los productos prácticos elaborados para ésta. Se respetó al dar crédito a los autores en las referencias colocadas en el cuerpo del trabajo y en las listas de referencias.

CAPITULO II

2. MONOGRAFÍA

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD: AJUSTES RAZONABLES PARA ACCESIBILIDAD DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE PRIMER NIVEL. COLOMBIA. 2015-2022

A lo largo de la historia sobre la discapacidad, Seoane (8) habla de un modelo de prescindencia en las culturas antiguas, las causas de ser una persona en condición de discapacidad la asociaban con el hecho de intervenciones de poderes sobrehumanos o castigos divinos, siendo esto causa de rechazo y aislamiento, consideraban que las personas con estas condiciones eran producto de un acto mal hecho o del pecado mismo por sus padres o antepasados, llegado a la edad media donde expresa Hernández (9) hubo una transición a una etapa de marginación o exclusión donde la caridad, la misericordia y la piedad jugaban un papel muy importante

Pasada esta etapa y a finales del XVIII y comienzos del XIX empieza el llamado modelo rehabilitador o modelo médico donde asegura Seoane (8) la sociedad deja de excluir a las personas con discapacidad y alcanza categoría de ser humano, pero enfermo y en ocasiones la connotación de animal doméstico, finalmente el tercer y último modelo se remonta a los años sesenta y setentas del siglo XX, modelo de integración y normalización, donde la sociedad empieza al fin a considerar a la persona con discapacidad, respetando y considerando las diferencias, a partir de ahí empieza la tarea y la preocupación de los gobiernos por la implementación de normas y conceptos que permitan la eliminación paulatina de barreras de cualquier índole para esta población.

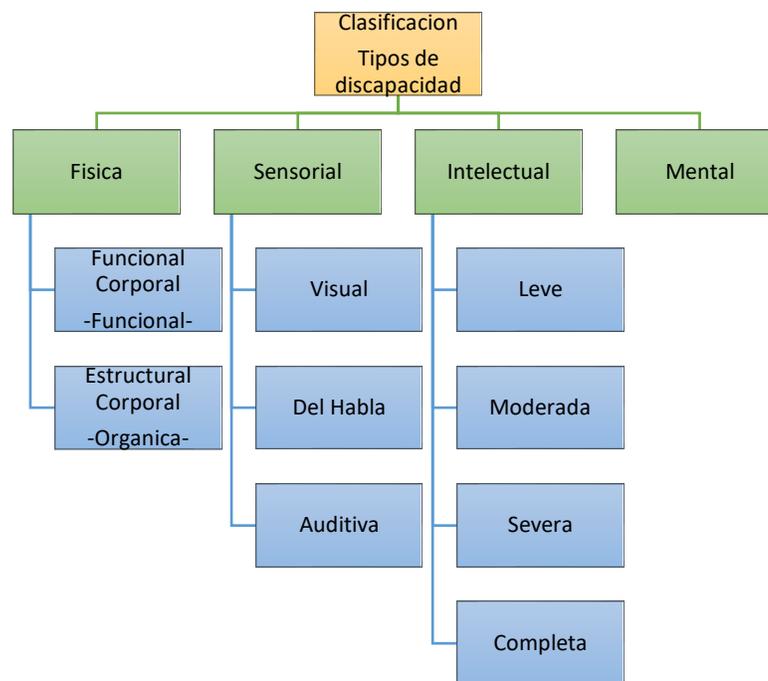
En este sentido, es posible ampliar el concepto de discapacidad para poder entender que no corresponde a un atributo de la persona, sino un (9) conjunto complejo de condiciones, muchas de las cuales son provocadas por el entorno social, teniendo en cuenta las funciones corporales, la estructura corporal, la actividad y la participación, así como los factores ambientales.

La Organización Mundial de la Salud OMS, en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF)- define la discapacidad como *un “término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo*

(con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (10).

Dicha clasificación es referencial al igual que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y ambas son importantes para la Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI) y se complementan entre sí, toda vez que constituyen un marco conceptual que categoriza y estandariza información y facilitan la labor medica al momento de proporcionar un diagnóstico (10); ahora bien, a grandes rasgos y de acuerdo a esta clasificación, los tipos de discapacidad se pueden dividir en 4 grupos:

Figura 1: Clasificación: Tipos de Discapacidad



Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud -CIF

Ahora bien, en Colombia a partir de resolución 113 de 2020 (11), que tuvo en cuenta los aspectos descritos en la CIF, se actualizan ciertos procedimientos que permiten la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), el anexo técnico de dicha resolución busca facilitar la recopilación y análisis de datos agrupando la discapacidad en seis categorías las cuales indica, no son mutuamente excluyentes, es decir que un individuo puede presentar una o varias discapacidades al tiempo, transcrito de la resolución en Colombia se clasifican en:

- **Discapacidad Física:** En esta categoría se encuentran las personas que presentan en forma permanente deficiencias corporales funcionales a nivel muscular esquelético, neurológico, tegumentario de origen congénito o adquirido, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, o presencia de desórdenes del movimiento corporal. Se refiere a aquellas personas que podrían presentar en el desarrollo de sus actividades cotidianas, diferentes grados de dificultad funcional para el movimiento corporal y su relación en los diversos entornos al caminar, desplazarse, cambiar o mantener posiciones del cuerpo, llevar, manipular o transportar objetos y realizar actividades de cuidado personal, o del hogar, interactuar con otros sujetos, entre otras.
- **Discapacidad auditiva.** En esta categoría se encuentran personas que presentan en forma permanente deficiencias en las funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad; como consecuencia, presentan diferentes grados de dificultad en la recepción y producción de mensajes verbales y, por tanto, para la comunicación oral. Se incluye en esta categoría a las personas sordas y a las personas con hipoacusia esto es, aquellas que debido a una deficiencia en la capacidad auditiva presentan dificultades en la discriminación de sonidos, palabras, frases, conversación e incluso sonidos con mayor intensidad que la voz conversacional, según el grado de pérdida auditiva.
- **Sordo ceguera.** La sordo ceguera es una discapacidad única que resulta de la combinación de una deficiencia visual y una deficiencia auditiva, que genera en las personas que la presentan problemas de comunicación, orientación, movilidad y el acceso a la información. Algunas personas sordociegas son sordas y ciegas totales, mientras que otras conservan restos auditivos y/o restos visuales.
- **Discapacidad intelectual.** Se refiere a aquellas personas que presentan deficiencias en las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. Estos producen deficiencias del funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos

la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en la casa o en la comunidad.

- **Discapacidad psicosocial (mental).** Resulta de la interacción entre las personas con deficiencias (alteraciones en el pensamiento, percepciones, emociones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas atendiendo a su duración, coexistencia, intensidad y afectación funcional) y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Estas barreras surgen de los límites que las diferentes culturas y sociedades imponen a la conducta y comportamiento humanos, así como por el estigma social y las actitudes discriminatorias.
- **Discapacidad múltiple.** Presencia de dos o más deficiencias asociadas, de orden físico, sensorial, mental o intelectual, las cuales afectan significativamente el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje, por lo que requieren para su atención de apoyos generalizados y permanentes. Las particularidades de la discapacidad múltiple no están dadas por la sumatoria de los diferentes tipos de deficiencia, sino por la interacción que se presenta entre ellos.

Finalmente, el uso del RLCPD permite, como se expuso anteriormente, datos más precisos y que permitan hacer visible a esta población, tal como lo muestra el más recientemente Boletín Poblacional: Personas con discapacidad 2020 (12) publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social, muestra que para “*agosto de 2020 había en total 1.319.049 personas con discapacidad identificadas y localizadas en el registro oficial del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta cifra equivale al 2,6% de la población total nacional*”. En este mismo informe, se observa que el origen de la discapacidad más prevalente es la “*enfermedad general; seguido de accidentes; alteraciones genéticas y condiciones de salud*” (12), sin embargo, en este boletín no se encuentran datos del tipo de discapacidad más prevalentes en la población colombiana.

2.1. ADECUACIONES QUE EXIGE LA NORMA A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

2.1.1. Normas acerca de la atención de las personas en condición de discapacidad

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud como un derecho humano primordial el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (13).

Poder acceder a los servicios de salud sin la existencia de barreras para este tipo de población es un reto para todas las instituciones del país, esta política se convierte en una guía que debe dirigir acciones, en lo relacionado con inclusión social enmarcado en un enfoque diferencial de las personas en condición de discapacidad, entendiendo como enfoque diferencial el desarrollo progresivo del principio de igualdad y no discriminación, que permite identificar las “características que comparten las personas con el fin de potenciar las acciones diferenciales, que materialicen el goce efectivo de sus derechos” (14).

El enfoque diferencial es dinámico y flexible para adaptarse a las necesidades y características de la población, su autorreconocimiento, sus modos de vida y sus contextos socios culturales, económicos y políticos (15).

En la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 47 establece que el Estado debe adoptar una Política De Previsión, Rehabilitación E Integración Social Para Los Disminuidos Físicos, Sensoriales Y Psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran (16).

El tema de personas en condiciones de discapacidad es propio de muchos años atrás donde las personas eran tratadas con discriminación, y no existían centros donde tuvieran ayuda; debido a esto en el siglo XX ya se miraba la discapacidad como un enfoque asistencial, el Estado empieza a tomar fuerza en relación a esta temática y se empiezan a crear centros de educación especial, pero desde una perspectiva excesivamente paternalista, que refuerza la dependencia y las actitudes de discriminación social y laboral. Esta mayor tendencia a la protección se ve reforzada tras la II Guerra Mundial, con la aparición de numerosas discapacidades

sobrevenidas: por primera vez, algunas personas con discapacidad son consideradas héroes (17).

Ahora bien a través del Ministerio de Salud y Protección Social el Gobierno estableció una (3) Política Pública Nacional De Discapacidad E Inclusión Social 2013- 2022 en beneficio de esta población; fue desarrollada participativamente e intersectorialmente, algo muy importante ya que esta población fue escuchada y tenida en cuenta, dando así el espacio a los verdaderos protagonistas que trabajan en la garantía de sus derechos y el goce total de la libertad e intimidad y el derecho a la salud.

Se puede inferir que el tema de la discapacidad ha venido evolucionando a lo largo del tiempo y que hoy día la normatividad establecida y al empoderamiento de personas en condición de discapacidad para defender sus derechos, ha logrado un avance en el reconocimiento y visibilidad de una población que es minoría, permitiendo el mejoramiento de su calidad de vida.

Cuadro 2. Normograma Atención a población en Condición de discapacidad en Colombia

Nombre de la norma	Fundamento	Objetivo en la atención
Constitución Política de Colombia de 1991	Artículo 47	Establece que el Estado debe adoptar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran
Ley 100 de 1993	Establece el Sistema de Seguridad Social Integral	El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las

		contingencias que la afecten.
Ley 1438 de 2011 reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Modifica la Ley 100 de 1993	Incluyo 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 con base en un plan de salud
Política pública nacional de discapacidad e inclusión social 2013- 2022	Por medio del Ministerio de Salud y Protección Social el gobierno establece una política pública nacional de discapacidad e inclusión social 2013- 2022	Asegura el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores
Manual de Atención Incluyente	Ministerio de Salud y Protección Social	Establece lineamientos para garantizar a las personas en condición de discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad y accesibilidad a los servicios de salud.
Ley 1618 de 2013	Ley estatutaria Artículo 1	Incluyo la acción afirmativa y de ajustes razonables, eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad
Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015	Ley estatutaria Artículo 11	Incluye y establece las personas con discapacidad son consideradas sujetos de especial protección por parte del Estado, su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica
Resolución 1904 de 2017	Ministerio de Salud y Protección Social	Adopta el reglamento encaminado a garantizar que las personas con

		<p>discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos y señalar las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que les permita tomar decisiones informadas en esta materia para el acceso a los respectivos servicios.</p>
--	--	---

Fuente: Elaboración de las autoras basadas en toda la normografía encontrada para la atención a población con discapacidad en Colombia

Así mismo lo establece la Ley 1618 de 2013 en su art 1 que “*garantiza y asegura el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad*” (18); comprendiendo la discriminación por razón de discapacidad a toda causa de exclusión o razones que impidan el goce e igualdad en condiciones de derechos humanos y límite la libertad de toma de decisiones propias, la autonomía y la anhelada independencia que personas con este tipo de condición requieren, de esta forma la presente ley respalda y protege la igualdad en derechos de personas con algún tipo de condición de discapacidad, garantizando la equidad e inclusión social, promoviendo y valorando a esta población como seres únicos y sin distinción de ninguna índole, donde deben ser aceptados e incluidos en la sociedad con igualdad de oportunidades. Con este tipo de normas se le garantiza la autonomía y respaldados por ésta ley, la capacidad de exigir sus derechos y garantías; esta norma reconoce y promueve la igualdad.

Esta misma ley en el artículo 9° establece que el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, definirá, promoverá y visibilizará, en alianza con la Superintendencia Nacional de Salud y otros organismos de control, esquemas de vigilancia, control y sanción a los prestadores de servicios que no cumplan con los

lineamientos de calidad o impidan o limiten el acceso a las personas con discapacidad y sus familias esto con el fin de garantizar e inspeccionar el cumplimiento de los derechos de las personas en condición de discapacidad en respuesta inadecuada en los servicios de salud o cualquier existencia de barreras actitudinales, comunicativas, físicas, para el acceso a los servicios de salud, vigilando de esta manera la calidad de la atención a este tipo de población y asegurando que las personas en condición de discapacidad tenga las mismas oportunidades y posibilidades de acceder a los servicios de salud según sus necesidades (18).

Así mismo en el artículo 10-3 establece que la “*Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías de Salud y los entes de control, deberán asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades responsables, y sancionar cualquier acción u omisión que impida o dificulte el acceso de las personas con discapacidad*”.

2.1.2. Atención en salud en instituciones prestadoras de servicio

La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 (4) establece que las personas con discapacidad son consideradas sujetos de especial protección por parte del Estado, su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención así mismo deberán definir los procesos que garanticen la prestación y el acceso a los servicios de salud de las personas en condiciones de discapacidad, de manera integral y con calidad, sin ningún tipo de barreras que puedan impedir su participación plena, el goce total de sus derechos, la libertad y autonomía.

Así mismo deberán generar las condiciones de igualdad de forma equitativa de acuerdo a sus necesidades, las óptimas condiciones para la atención con un enfoque diferencial, protegiendo así el derecho fundamental a la salud y eliminando barreras que generen exclusión. De igual forma en las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán capacitar al talento humano para prestar un servicio eficiente y con calidad, favoreciendo la inclusión de las personas con discapacidad (18).

2.1.3. Adecuaciones normativas para la atención a las personas en condición de discapacidad sensorial

Antes de hablar de adecuaciones normativas, es importante conocer el concepto de ajustes razonables, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en su Manual de Atención Incluyente como aquellas *“modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”*. Dentro de estos ajustes razonables, se pueden contar los apoyos para la comunicación que serían los medios u aparatos que facilitan la comunicación de las personas con discapacidad, como ejemplos de estos se pueden nombrar el lenguaje de señas, los audífonos, tabletas, imágenes entre otros (2).

En la actualidad se puede observar que las instituciones prestadoras de servicios de salud se enfatizan en la atención de personas en condición de discapacidad física, mas no se genera y se da importancia a la adecuada atención, al uso de herramientas óptimas para la prestación del servicio de salud a personas en condición de discapacidad sensorial, quienes son una de las razones de ser de la atención en las instituciones prestadoras de salud. El término discapacidad múltiple hace referencia a la presencia de dos o más condiciones asociadas, ya sean dificultades físicas, sensoriales, emocionales, mentales o de carácter social. Se debe brindar mayor atención a las necesidades de esta población pues las barreras en orientación, movilidad y comunicación se perciben mucho más (11).

A partir de esto el Manual De Atención Incluyente del Ministerio de Salud y Protección Social da pautas a las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia para la atención de personas en condición de discapacidad, de la siguiente manera (19):

Cuadro 3. Pautas para la Atención a personas en condición de Discapacidad en Colombia

Discapacidad Visual	Discapacidad auditiva	Discapacidad física	Discapacidad cognitiva
• Informe que tiene un turno preferencial y lo llamaran a viva voz.	• Procurar tener un servidor capacitado en lengua de señas.	Adecuaciones para el acceso peatonal y vehicular al punto de atención	Escuchar con paciencia ya que los tiempos de las personas con

<ul style="list-style-type: none"> • Guíe a la persona al módulo de atención, ubicando su mano en su hombro para facilitar su desplazamiento por el lugar. • Evite caminar muy rápido y/o realizar movimientos fuertes • Si la persona decide no aceptar ser guiada, es necesario que le dé indicaciones precisas que le permitan ubicarse en el espacio. • Preste atención permanente a la persona durante el servicio pues a pesar de que no pueda verlo, percibe la fuente de la voz e identifica si mientras le habla le están mirando. • Evite darle instrucciones empleando expresiones como allá, por aquí o señalar con la mano, la cabeza o cualquier otro modo que no sea mediante términos concretos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acudir al sistema de la Línea del Centro de Relevo creado por el Ministerio de Tecnologías de la información y las comunicaciones MinTIC y la Federación de Sordos. • Si la persona sorda va acompañada de un intérprete, evite dirigirle la palabra solo a este, olvidando que su interlocutor es la persona con discapacidad. • Utilice frases cortas y precisas para darle indicaciones y, si es necesario, utilice indicaciones visuales. • Mantenga siempre el contacto visual mientras le esté hablando y permítale que visualice su rostro para que lea sus labios. <p>Las áreas de recepción y los mostradores, especialmente en ambientes ruidosos o en ambientes equipados con una pantalla de seguridad para separación,</p>	<p>(andenes, vados, rampas, escaleras, ascensores, estacionamientos.</p> <p>En la sala de espera se debe incluir un área libre lo suficientemente amplia para la ubicación y movilización de sillas de ruedas o accesorios para movilidad, así mismo también se debe disponer de sillas o filas de sillas prioritarias destinadas para población en condición de discapacidad o población vulnerable en general</p> <p>Ubicación de módulos o ventanillas prioritarias, destinadas para la atención a personas con discapacidad personas de talla baja y población vulnerable en general. (20)</p> <p>Párese frente a la persona en silla de</p>	<p>discapacidad cognitiva son distintos</p> <p>Evitar utilizar un lenguaje técnico y complejo y se deben usar frases directas y bien construidas.</p> <p>Proporcionar la información requerida siendo amable y utilizando un lenguaje concreto y a un ritmo que le permita entender los conceptos</p> <p>Asegurarse de que la persona comprendió la atención e información entregada.</p> <p>Entregar la información de manera sencilla y lenta.</p> <p>No hablar de su limitación con calificaciones ni juicios.</p> <p>Si la persona no se expresa oralmente, se puede permitir la</p>
---	--	--	--

	<p>deben tener al menos una posición equipada con un sistema de aumento de la audición (por ejemplo, un sistema de inducción en bucle) para brindar asistencia a las personas que usan ayudas auditivas, y deben estar marcadas claramente con el símbolo adecuado</p>	<p>ruedas, a corta distancia, a la altura de sus ojos y sin posturas forzadas</p> <p>Al prestar colaboración en el desplazamiento a las personas, antes de empujar la silla, pregunte siempre por el manejo de esta, sujétela con las dos manos y desde la parte de atrás.</p> <p>Al llegar al destino, ubique la silla en el sitio adecuado y verifique que ponga el freno.</p> <p>Facilite que las personas que usan muletas puedan dejarlas siempre al alcance de la mano.</p> <p>•Camine despacio y al ritmo de la persona con auxilio de aparatos y bastones.</p> <p>Si fuese necesaria una evacuación por la escalera de emergencia, el usuario de la silla de ruedas deberá</p>	<p>asistencia de un tercero.</p> <p>Tenga en cuenta las opiniones y sentimientos expresados por la persona, sin entrar en discusiones que puedan generarle irritabilidad o malestar</p> <p>No se debe ignorar a las personas en condición de discapacidad intelectual. Se debe saludar y despedirse normalmente, como con cualquier persona. (21).</p>
--	--	--	--

		<p>ser cargado en brazos por los servidores entrenados como brigadistas por la entidad.</p> <p>Actúe de forma natural cuando una persona con parálisis cerebral tenga dificultad para caminar, haga movimientos involuntarios con piernas y brazos o presente expresiones específicas en el rostro.</p>	
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia basadas en el manual de atención incluyente del Ministerio De Salud y Protección Social

Cuadro 4: Observaciones de cumplimiento en las instituciones del municipio de Montería.

Observaciones de cumplimiento en Montería				
IPS públicas				
En algunos consultorios se encuentra la señalización Braille, pero no en la totalidad, como lo establece la norma.	No cuentan con personal capacitado en manejo de lenguaje de señas dentro de la institución, pero comentan que están en gestión del mismo.	Cuentan con acceso de rampas, y pasamanos en el ingreso a las instituciones.		En cuanto a este ítem, no se ha logrado realizar observación específica de la atención a personas con esta condición de discapacidad.
Los llamados se hacen por altoparlante a los usuarios para ingresar a la consulta, pero no en la totalidad de ellas. En muchas otras aun hace los	Manifiestan no conocer el Centro de Relevos creado por el Ministerio de Tecnologías de la información y las comunicaciones	Las instituciones que tienen pisos superiores cuentan con ascensor, pero estos en muchas oportunidades se encuentran en mal		

llamados el profesional desde el consultorio sin ninguna ayuda técnica o de altavoz	MinTIC, por tanto, no hacen utilización del mismo.	estado o son muy estrechos y de difícil acceso	
IPS Privadas			
En algunas IPS cuentan con señalización Braille en los consultorios y en toda el área en general	Solamente en una institución privada, IPS que pertenece a régimen de excepción cuentan con un personal del equipo de salud entrenado en lenguaje de señas (trabajadora social)	Cuentan con acceso de rampas, y pasamanos en el ingreso a las instituciones.	En cuanto a este ítem, no se ha logrado realizar observación específica de la atención a personas con esta condición de discapacidad.
Los llamados se hacen por altoparlante a los usuarios para ingresar a la consulta, sin embargo, muchos de ellos no tienen una acústica adecuada, y no es muy fácil percibir con claridad el llamado	Manifiestan no conocer el Centro de Relevos creado por el Ministerio de Tecnologías de la información y las comunicaciones MinTIC, por tanto, no hacen utilización del mismo.	Las instituciones que tienen pisos superiores cuentan con ascensor, pero estos en muchas oportunidades se encuentran en mal estado o son muy estrechos y de difícil acceso	

Fuente: Elaboración propia basadas en observaciones de campo realizadas durante las asistencias técnicas desarrolladas en diferentes IPS de diferentes niveles de atención del Municipio de Montería

Así con el cuadro anterior, en cuanto a cumplimiento se podrá observar que se han realizado las adecuaciones de infraestructura para la discapacidad física, pero no para las sensitivas o sensoriales en la actualidad; que a pesar de las normas, leyes, políticas y garantías gubernamentales a las personas en condición de discapacidad, la vulneración de sus derechos siguen vigentes, debido a que se encuentran diversas barreras para acceder a los servicios de salud, pues si bien es cierto, las instituciones prestadoras de Salud en Colombia, han realizado adecuaciones en su infraestructura con el objetivo de garantizar el acceso de personas con discapacidad física, específicamente para las personas en condición de discapacidad sensorial no se ven muchos avances, partiendo de la necesidad de un recurso humano capacitado en atender a personas con este tipo de discapacidad, para brindar un servicio inclusivo y con calidad a esta población, eliminando todo tipo de exclusión,

cabe aclarar que todas las mejoras en la prestación del servicio de salud inclusivo generan costos y gastos pero sin olvidar lo que dispone la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015 (4) donde establece que la prestación del servicio no puede ser condicionada por ninguna barrera de tipo administrativa o económica, la atención en salud se enfrenta a retos para la mejora continua de este tipo de población, debido a que se debe garantizar los derechos de las personas en condición de discapacidad.

2.2. HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS EXISTENTES QUE PERMITEN ELIMINAR LAS BARRERAS COMUNICATIVAS Y ACTITUDINALES EN COLOMBIA

2.2.1. Concepto de Herramientas y su utilidad

Del latín ferramenta (22), una herramienta es un instrumento que permite o facilita la realización de una tarea mecánica, sin la cual no es posible realizar por su dificultad, así pues, el término herramienta, en sentido tradicional, se emplea para referirse a utensilios resistentes (hechos de diferentes materiales, pero inicialmente se materializaban en hierro como sugiere la etimología), útiles para realizar trabajos mecánicos que requieren la aplicación de una cierta fuerza física.

Actualmente la palabra herramienta tiene una variedad de acepciones o significados, así como conceptos e involucra diferentes actividades (desde las herramientas manuales hasta las informáticas), pero siempre bajo la concepción de que una herramienta es usada para facilitar la realización de una actividad.

2.2.2. Tipos de Herramienta

Si bien no existe un consenso para una clasificación homogénea de las herramientas, podemos agruparlas grosso modo en tres tipos: manuales, mecánicas, tecnológicas:

Manuales: las *“herramientas manuales son utensilios de trabajo utilizados generalmente de forma individual que requieren para su accionamiento fuerza motriz humana, eléctrica o neumática, dependiendo el tipo de herramienta”* (23), son un ejemplo de ello los martillos donde es el brazo que debe dar el golpe, los destornilladores en el cual la mano debe provocar el giro o los cuchillos cuando el brazo humano debe conducir el corte.

Mecánicas: las herramientas mecánicas son aquellas que utilizan una fuente de energía externa como punto de partida, y convierten dicha energía en trabajo, ya sea en combinación con cierto grado de esfuerzo físico humano, o sin él (24).

Según la energía que utilicen las herramientas mecánicas se clasifican en tres grupos:

Herramientas Eléctricas Son aquellas alimentadas por electricidad, como es el caso de taladros, sierras, pulidoras, esmeriles, entre otras.

Herramientas Neumáticas Son aquellas alimentadas por aire comprimido, como es el caso de martillos neumáticos, vibradores, taladros, lijadoras.

Herramientas de Disparo Son aquellas en la que los gases de una carga de pólvora constituyen la fuerza motriz. Se usa para clavar o colocar clavos, pernos, entre otros, en materiales duros, tales como madera, hormigón, entre otros (25).

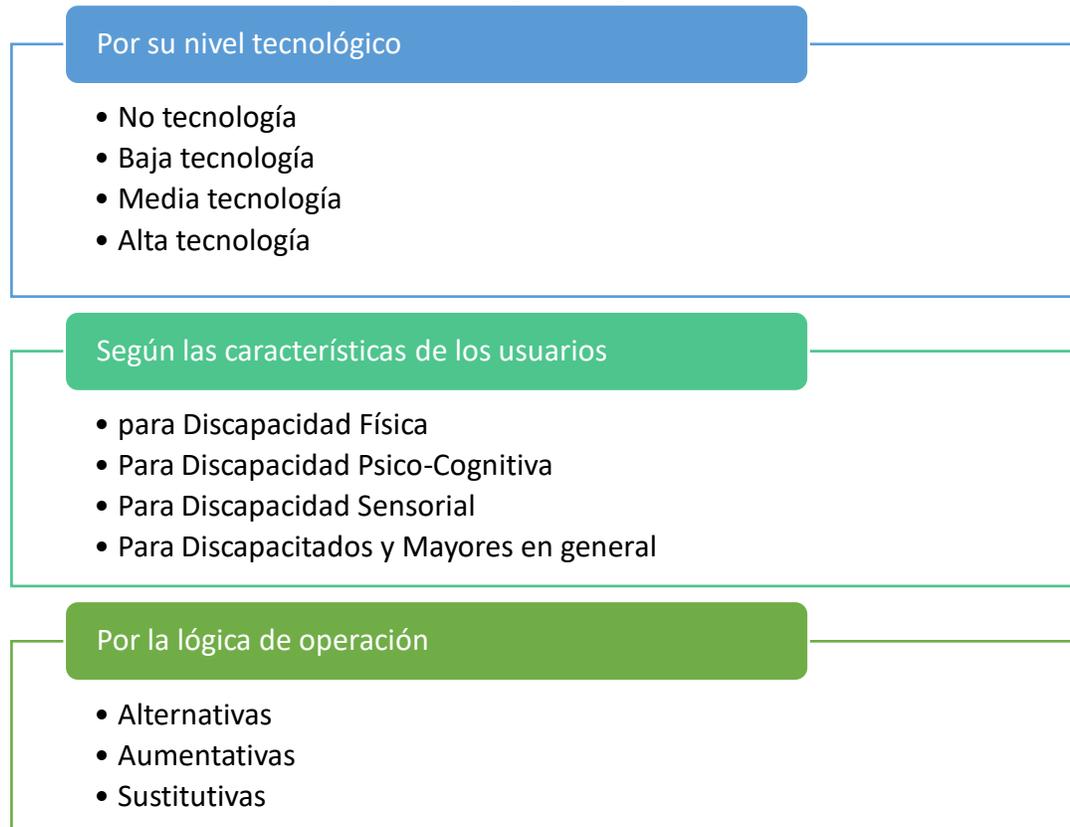
Tecnológicas: de modo general se podría decir que una herramienta tecnológica *“poseen un mayor grado de complejidad que les permite un mayor nivel de automatización, liberando parcialmente al cuerpo humano de su participación en las labores”* (26), que suponen la utilización de software o hardware ejemplo de ello son los teléfonos móviles o las aplicaciones usadas en ellos para el desarrollo de una tarea como escanear documentos o tomar fotografías.

2.2.3. Herramientas tecnológicas.

Ahora bien en el marco de la discapacidad las herramientas tecnológicas también pueden ser identificadas o llamadas ayudas tecnológicas lo cual nos permite tener una definición más precisa, es así como la norma ISO 9999:2011 las define como *“aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos fabricados expresamente para ser utilizados por personas con discapacidad y/o mayores; disponibles en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una diversidad”* (27), dicho esto al reducir las limitaciones (funcionales, auditivas, intelectuales, sociales) que las personas en condición de discapacidad puedan tener permite el goce efectivo su derecho a la igualdad y a la salud con relación a los demás miembros de la sociedad, permitiendo su inclusión, autonomía, comunicación y no solo el mejoramiento de su calidad de vida.

Al respecto de la clasificación de estas herramientas o ayudas tecnológicas, resulta complejo agruparlas en una única clasificación, la figura 2 muestra una clasificación que divide estos dispositivos en tres grandes grupos (28).

Figura 2: Clasificación de ayuda tecnológica según su naturaleza.



Fuente De las ayudas técnicas a la tecnología asistiva. In Tecnología, Educación y Diversidad: Retos y Realidades de la Inclusión Digital (28).

2.2.4. La comunicación y las barreras comunicativas

La RAE define la comunicaron como la “acción y efecto de comunicar o comunicarse” así mismo como la “transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor” (29). Entendiendo que en ese proceso habrá una retroalimentación de la información que se comunica, facilitando las relaciones humanas.

Se puede decir que, el ser humano al ser un ser social por naturaleza requiere de la comunicación ya que esta le permite adquirir información, compartir experiencias, intercambiar emociones, en fin, un sin número de acciones que son intrínsecas de

la acción del ser, de ahí, que saber comunicarse es fundamental para la interacción y entendimiento en la sociedad (30).

Tradicionalmente entendemos o comprendemos dos tipos de comunicación (31):

Comunicación verbal: donde transmitimos el mensaje a través de una lengua con estructura sintáctica y/o gramatical o por medio de un lenguaje basado en un código de signos y símbolos.

Comunicación no verbal: aquella que se expresa mediante características corporales como el tono y el volumen de la voz, la expresión facial, los movimientos de nuestro cuerpo, la postura, entre otros.

Dicho esto es importante empezar a considerar el papel que juega la comunicación en la atención en salud, entendiendo que los pacientes o usuarios necesitaran establecer una relación de confianza con el personal que los atienden que permita el goce efectivo de su derecho, el poder entender correctamente las emociones y el entorno en que se desarrolla el paciente posibilita la adopción de habilidades y competencias así como una rápida actuación frente a la situación clínica del paciente y, en definitiva, el establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados eficaz e individualizado (32).

Si bien el ser humano realiza una comunicación de información e ideas prácticamente constante (tanto voluntaria como involuntaria), por la misma relación bio-psicosocial, esta se puede ver afectada por múltiples factores que imposibilitan la llegada del mensaje y la retroalimentación de este, estos factores también pueden ser llamados barreras comunicativas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) las barreras son “*Factores en el entorno de una persona que, cuando están ausentes o presentes, limitan el funcionamiento y crean discapacidad, donde influyen aspectos como:*

- Un entorno físico que no es accesible.
- Falta de tecnología de asistencia relevante [dispositivos de asistencia, Adaptables y de rehabilitación].
- Actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad.
- Servicios, sistemas y políticas que no existen o perjudican la participación de todas las personas con una afección en todos los aspectos de la vida” (10)

Las barreras comunicativas más frecuentes se podrían dividir según su naturaleza:

De código. Donde el emisor y receptor deben usar un código común consensuado entre ambos para poder transmitir y recibir la información. Si existe alguna diferencia entre los códigos que usan cada uno, el mensaje ya contará con una primera barrera entre ambos participantes (30).

Ruidos. Así se denominan todas las alteraciones de origen físico que pueden ocurrir durante la transmisión del mensaje. A pesar del nombre, no es necesario que estén relacionados exclusivamente con el sonido (30).

Filtros. Incluyen todas las barreras mentales que surgen de las características de las personalidades (valores, creencias, prejuicios, expectativas, experiencia) del emisor y del receptor (30).

2.2.5. Herramientas tecnológicas de utilidad para eliminar las barreras comunicativas

Si bien la eliminación de las barreras comunicativas supone un reto, no solo para los servicios de salud, sino también para toda la sociedad, existen diversas herramientas que permiten estrechar la brecha ya existente, actualmente el desarrollo tecnológico y acceso a nuevas tecnologías facilitan la tarea de la comunicación.

Ahora bien, trasladado al contexto del sector salud donde el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) es fundamental, encontramos diversas herramientas que van desde las más rudimentarias como lo son el lenguaje escrito hasta el uso de dispositivos médicos de alta gama; una de las funciones principales en la incorporación de la tecnología en este campo, está en lograr la optimización de los recursos existentes y así elevar la calidad de vida de los usuarios, facilitando y logrando suplir, desde esta perspectiva, las dificultades perentorias, que tienen quienes presentan algún tipo de discapacidad sensorial (31).

Estas son algunas de las herramientas, descritas o mencionadas por la revista Ibérica de Sistemas y Tecnologías de la Informal (33)

Figura 3: Clasificación herramientas tecnológicas.

Herramienta	Descripción	Discapacidad
<i>Impresoras Braille</i>	Como el nombre lo describe sirve para imprimir en braille los textos e imágenes volviéndolo puntos percutidos en papel u otros materiales parecidos	Discapacidad Visual
<i>Pizarra Digital Interactiva</i>	Permite que le usuario interactúe y conozca el entorno mejorando procesos de lecto-escritura ayudando a relacionarse con sus familiares y aprender mediante actividades	Dirigidos para niños que poseen autismo
<i>Máquina inteligente de lectura</i>	Es una aplicación que digitaliza, reconoce voz y lee voz de documentos en diferentes idiomas integrados por un escáner, OCR y sintetizador de voz	Discapacidad visual en la lectura
<i>Magnificador de imagen y texto</i>	Es un equipo conformado por una cámara de ampliación que proyecta la imagen capturada a una pantalla, ayudando a la identificación de objetos	Dirigido a personas con baja visión
<i>Amplidores de pantallas</i>	Son programas informáticos diseñados para modificar atributos en una pantalla en cuanto tamaño, forma, color y contraste permitiendo a la personas la navegación en internet o un ordenador	Discapacidad especial visual
<i>Línea Braille</i>	Herramientas diseñadas a la comunicación entre el ordenador y la persona con capacidad especial, estas aplicaciones tienen la posibilidad de transcripción de textos que aparecen en la pantalla a braille	Discapacidad visual
<i>Revisores de Pantallas</i>	Herramientas que capturan la información que se presentan en la pantalla y es enviado a un dispositivo de audio con una síntesis de voz, es decir de audio y braille o viceversa esto podría ser mediante la combinación de teclas del ordenador y el revisor de la pantalla	Discapacidad Visual
<i>Pulsadores</i>	Conecta una computadora u otro aparato que le permite "activar" o "desactivar" cierta función esto podría darse accionando, presionando un botón, soplando, movimiento de mano, rodilla, u otros movimientos	Dirigido a personas con problemas motrices con acceso a computadoras (teclado, pantalla, mouse, etc.)
<i>Sistemas de reconocimiento de voz</i>	Conceden al usuario introducir información a través de órdenes de voz al computador sin tener que recurrir a los dispositivos convencionales más que un micrófono con el que se pueden tener acceso a todo el computador	Discapacidad motora, visual y dificultades auditivas

Fuente: revista *Ibérica de Sistemas y Tecnologías de la Informal*

2.3. AJUSTES RAZONABLES PARA LA ELIMINACIÓN DE BARRERAS COMUNICATIVAS Y ACTITUDINALES EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SENSORIAL

2.3.1. El sistema de Salud en Colombia en las instituciones de Salud

El sistema de salud en Colombia está enmarcado en la Ley 100 de 1993, por la cual se creó el sistema de seguridad social integral, como *“el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”* (34).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia está integrado por diferentes componentes, en cabeza del Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien es el organismo de dirección y control, que dicta las disposiciones para la operación del Sistema (34).

El otro componente que hace parte de este sistema, con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes son las responsables de la afiliación de los usuarios al sistema, así como del recaudo de los aportes y la garantía de la prestación del plan de beneficios en salud dispuesto por el Ministerio.

La ley 100, también define las Instituciones prestadoras de salud como *“entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas”* (34).

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), celebran contratos con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), para prestar la atención a los usuarios. Estas instituciones pueden ser de carácter público, privado o mixto, y también se clasifican de acuerdo al nivel de complejidad de los servicios que prestan a los usuarios, siendo estos de primer, segundo, tercer o cuarto nivel de complejidad.

Como último componente del sistema de Seguridad Social en Salud se encuentran los organismos rectores que se encargan de la vigilancia y control de los demás actores del sistema que son las Entidades Territoriales de salud, que pueden ser

del orden Municipal y/o Departamental, y la Superintendencia Nacional de Salud. (34)

Una vez identificados los actores del Sistema de Salud en Colombia, es importante entrar en materia de la atención en salud para las personas con discapacidad, y el derecho a la misma se establece a través de la Ley Estatutaria en Salud 1618 de 2013, que en el artículo 10 establece que *“la atención en salud se garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Las personas con discapacidad pueden acceder a la atención de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación”* (18).

En este mismo sentido, y específicamente hablando de las asesorías en salud sexual y reproductiva para las personas en condición de discapacidad, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), establece mediante la Resolución 1904 de 2017 una *“norma para garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad cuando sean atendidas en salud”*, en respuesta a la solicitud de un juez de la corte constitucional, a ese Ministerio, para garantizar que las personas con discapacidad puedan decidir sobre su salud sexual y reproductiva (35).

Esta misma resolución, brinda muchas herramientas conceptuales para la presente monografía, ya que define los ajustes razonables como las *“modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas encaminadas a garantizar que en la prestación del servicio se atiendan los requerimientos específicos que aseguren efectivamente a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y particularmente, la toma de decisiones informadas en esta materia y que no impongan una carga desproporcionada o indebida sobre los servicios de salud. Los ajustes razonables se orientarán a eliminar las barreras actitudinales, comunicacionales y/o físicas”* (35).

En resumen, se puede decir que, en Colombia, existe todo un grupo de normativas que regulan la atención a personas en condición de discapacidad, con el objetivo de garantizarles todos sus derechos, bajo los principios de igualdad y no discriminación.

2.3.2. La comunicación y su importancia en las personas en condición de discapacidad

Según Thompson, I. (2008) la comunicación es el proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos; pero, si llevamos este concepto a la práctica, se puede visualizar que las personas en condición de discapacidad están en desventaja al llevar a cabo este proceso de interacción, ya que mucha de la información intercambiada es incomprensible para ellos, porque en muchas ocasiones, no tienen la capacidad de enviar o recibir estos mensajes, ya sea porque tienen alguna disfunción en el habla o en la capacidad de escuchar. Por eso, es importante que se busquen y se adopten herramientas que hagan que este proceso comunicativo se pueda llevar a cabo de forma exitosa con este tipo de personas en condición de discapacidad, para que se sientan incluidos en la sociedad, y así mismo se les haga partícipes y autónomos de todas sus decisiones cuando de atención en salud se habla (36).

En función de lo planteado, una persona con cualquier condición de discapacidad no tiene la facilidad de interpretar su entorno e interactuar con el mismo, lo que puede llevar a sentirse aislado de la sociedad porque no tiene la capacidad de comunicarse a través del lenguaje oral, y de una u otra manera siente vulnerado ese derecho, así como muchos otros dentro de los que se cuenta el acceso a los servicios de salud.

En respuesta a todo lo anterior, surgen dos significados importantes a tener en cuenta para la atención en salud de personas con discapacidad y son la comunicación inclusiva y accesible de acuerdo a la Resolución 1904 de 2017, las estrategias de comunicación inclusiva se entienden como *“aquellas estrategias de información, educación y comunicación en salud que promueven la igualdad y que están diseñadas para alcanzar una audiencia lo más amplia y diversa posible, lo cual implica que la información sea accesible”*(35).

Por otro lado, hacer que una estrategia de comunicación sea accesible significa ofrecer medios alternativos para que las personas con discapacidad puedan acceder a la misma información que se presenta en formato estándar.

En resumen, y de acuerdo a lo expresado en la Resolución 1904 de 2017 *“al hablar de comunicación inclusiva se hace referencia a la forma como son presentados los*

contenidos y hablar de comunicación accesible se alude a que el formato en que son presentados dichos contenidos permita que las personas con discapacidad accedan a ellos”(35).

En este sentido, la Organización de los Estados Americanos (OEA), con los países miembros, crearon el Programa De Acción Para El Decenio De Las Américas Por Los Derechos Y La Dignidad De Las Personas Con Discapacidad (2016-2026), con la visión de que “para el año 2026, los Estados Miembros consolidarán avances sustantivos en la construcción de una sociedad inclusiva, solidaria, accesible para todos y basada en el reconocimiento del goce y ejercicio pleno e igualitario de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, eliminando los prejuicios, estereotipos y estigmas sociales, y las discriminaciones múltiples hacia grupos en situación de vulnerabilidad y/o históricamente discriminados que impidan su desarrollo y su plena y efectiva participación e inclusión en la sociedad” (37).

Para lograr esto, todos los países miembros se comprometen a establecer de manera gradual todas las medidas necesarias para garantizar el acceso y goce efectivo de los derechos de las personas en condición de discapacidad, con el fin que se encuentren en igualdad de condiciones con la sociedad en general. Dentro de los objetivos de este programa, se encuentra el acceso a la salud, que busca:“ ampliar, mejorar y asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva, en igualdad de condiciones con las demás y asegurando que los servicios existentes incorporen la perspectiva de discapacidad y, cuando corresponda, agregar la de otros grupos en situación de vulnerabilidad y/o históricamente discriminados, particularmente a los servicios requeridos como consecuencia de su situación de discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios dirigidos a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas deficiencias o del agravamiento de las existentes. Se garantizará que todo servicio de salud sea brindado sobre la base de un consentimiento libre e informado de la persona con discapacidad. Asimismo, promover la investigación relacionada, con el tratamiento, la rehabilitación y la prevención a fin de reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades” (38).

En términos generales, es muy importante reconocer la calidad de seres humanos con capacidad de decisión a las personas en condición de discapacidad, independientemente del tipo de discapacidad que tengan, y por tanto siempre se debe garantizar y priorizar la comunicación con ellos, de forma tal que sea accesible

y efectiva, es decir que ellos puedan entender el mensaje transmitido por el emisor, y por ende generar una respuesta en consecuencia para cerrar la interacción comunicativa, garantizando siempre el cumplimiento de sus derechos y expectativas (39).

2.3.3. Experiencias exitosas en la eliminación de barreras comunicativas

En este aparte de experiencias exitosas, se debe partir de la revisión de la Guía de comunicación inclusiva de la OEA , creada como un medio de consulta para lograr una comunicación escrita, verbal y visual para ser usada principalmente por este organismo internacional, pero que es aplicable a todos los ámbitos y países que busquen la inclusión en su lenguaje, no solo de personas con discapacidad, sino también aporta herramientas sobre el lenguaje no sexista e inclusivo con personas mayores y de la comunidad lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y con orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales diversas LGBTIQ (40).

En Colombia, el Ministerio Público tiene un aparte de inclusión pública y lenguaje inclusivo, que parte de la Resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, en donde realizan una serie de sugerencias para la implementación de esta comunicación, dentro de las que se cuentan que toda información impresa debe contar con una versión digital, adicionalmente se deben usar formatos en Braille o macro tipo como opciones adicionales. En cuanto a la información ubicada en carteleras, debe contener un alto contenido gráfico y ubicado en áreas que faciliten la visibilidad del público. En el caso de los videos, siempre deben tener subtitulación que incluya descripción de los sonidos contextuales, también deben tener interpretación en lenguaje de señas (35).

Adicionalmente a lo anterior, para la accesibilidad a páginas web, Colombia cuenta con la Norma Técnica NTC5854 del Icontec por medio de la cual se establecen los requisitos para la accesibilidad que se deben implementar en las páginas web (41).

En materia de salud, la norma que trata específicamente de estos ajustes razonables aplicables a la atención de personas con discapacidad es la Resolución 1904 de 2017 que ya ha sido expuesta durante esta monografía. De donde es importante resaltar que para eliminar las barreras comunicativas es imprescindible que dentro del equipo de salud de cualquier institución prestadora de Servicios de Salud deba haber una persona que maneje lenguaje de señas para garantizar la asesoría de personas con discapacidad auditiva (35).

CAPITULO III

3. CONSIDERACIONES FINALES

En el entendido que *“la calidad del servicio requiere ser vista inicialmente como un constructo subjetivo que debe su esencia a la forma como los consumidores perciben dicha calidad, de manera que la mejor modo de medirla es mediante la percepción emitida por el juez final, que es el consumidor”* (42), para el caso de las personas en condición de discapacidad se le debe dar mucha más relevancia a este concepto a la hora de ofertar un servicio de salud, ya que para poder crear un concepto subjetivo, se deben inicialmente brindar las garantías para que el usuario pueda acceder al mismo.

A través de la revisión bibliográfica desarrollada durante la elaboración de esta monografía, se ha podido dilucidar que Colombia tiene una amplia normatividad acerca de las adecuaciones que se deben realizar para garantizar el acceso y goce efectivo de los servicios de salud de las personas en condición de discapacidad, sin embargo, también a través de la observación en las instituciones prestadoras de servicios de salud, más específicamente en la ciudad de Montería, se ha logrado evidenciar que son muy pocos los que han aplicado los ajustes razonables dentro de sus modelos de atención y tal como afirman Barreneche, et al; no hay cumplimiento de los estándares establecidos en el enfoque diferencial en la atención en salud de la población con discapacidad (43)

Aún siguen existiendo las barreras comunicativas dentro de las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, ya que no cuentan con apoyos comunicativos como personal entrenado en lenguaje de señas, solo dos de las instituciones de primer nivel visitadas cuentan con este recurso humano. Si entramos en materia de los apoyos tecnológicos como audífonos, tabletas o el uso de programas informáticos, ninguna de las instituciones cuenta con ellos o desconocen la existencia de los mismos.

Teniendo en cuenta todo lo descrito con anterioridad, es importante que el personal de salud agudicen su experticia para identificar cuando una persona con discapacidad requiera apoyos para comunicarse y tomar decisiones concernientes a su estado de salud, para lo cual primero deben reconocer los apoyos con los que cuenta la persona con discapacidad, los cuales pueden ser un familiar o una persona de su confianza que lo conozca bien, y valerse de los medios necesarios para comunicarse a través de esta con el usuario final.

Luego de este primer reconocimiento, el profesional de salud debe estar en la capacidad de reconocer que apoyos debe brindar a la persona con discapacidad con el objetivo de identificar sus necesidades de atención en salud, y poder dar respuesta a las mismas de la mejor manera que le sea posible, y una vez identificados esos apoyos, utilizarlos de forma eficiente y eficaz para garantizar que la persona reciba toda la información concerniente y logre tomar sus propias decisiones sobre la atención.

Si no se logran hacer esos pasos iniciales, no se puede hablar de calidad en la atención en salud a las personas con discapacidad, porque no van a tener garantía de un acceso integral, y en muchos casos como en algunas oportunidades se ha podido identificar, no asisten a solicitar servicios de salud, porque no consideran que serán entendidos o no podrán entablar una comunicación fluida con el personal de salud que resuelva su necesidad en salud.

Si bien la eliminación de barreras comunicativas supone un reto para la sociedad, no supone un reto imposible, con el avance las tecnologías de la información y las comunicaciones, se pueden ir, de forma paulatina, cerrando las brechas que impiden el goce efectivo de los derechos de esta población; desde otro ángulo, el uso de estas herramientas suponen gastos en las organizaciones, y debido a esto en muchas ocasiones no son tenidas en cuenta o “no son importantes” porque no agregan más rentabilidad al servicios, es decir que implementarlos no necesariamente genera rentabilidad a corto plazo, y en muchas ocasiones es visto como accesorios impuestos por los Entes de Control.

En contraste con lo expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta que todas las instituciones que presten servicios de salud deberán apuntar hacia la acreditación, un escalón más allá de la habilitación y que permite entregar servicios más seguros y de alta calidad, supone para ellas asegurar su competitividad con respecto a las demás en el mercado, y lo más importante garantiza el goce efectivo de los derechos de las personas en condición de discapacidad especialmente de quienes tienen una discapacidad de tipo sensorial.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES

A través de la revisión bibliográfica, se encuentra que en Colombia se cuenta, además de muchas leyes y normas con una Política Pública Nacional de discapacidad e inclusión social en entidades territoriales, la cual a su vez cuenta con un lineamiento general para su implementación 2013-2022, en la cual se establece un diagnóstico de la situación de la población con discapacidad en Colombia, así como el marco legal y normativo para garantizar la atención integral en salud a las personas en condición de Discapacidad, por ende no debe haber ningún tipo de excusa o barrera adicional que las instituciones de Salud independientemente sea su naturaleza presenten, ya que están violando un derecho fundamental de ésta población. Adicional a todo esto, también existe el Manual de atención incluyente del Ministerio de Salud y Protección Social, que es el derrotero para consultar para que todas estas instituciones realicen los ajustes que sean pertinentes para garantizar, la comunicación efectiva con las personas independientemente el tipo de discapacidad que tengan, y de esta forma se garantice su atención integral en salud.

Durante el proceso de observación desarrollado en diferentes Instituciones de Salud del Municipio de Montería, de diferentes niveles de complejidad, se ha podido visualizar que cuentan con accesos disponibles para personas en condición de discapacidad como rampas, aunque también se ha podido observar que muchas de ellas son muy estrechas y no permiten un tránsito de forma fluida para una persona con una ayuda técnica para su movilización. Por otro lado, también se ha observado que los ascensores para acceder a los pisos superiores de estas instituciones en muchas ocasiones son muy estrechos o no están en funcionamiento. Por otro lado, también se logra observar que las escaleras en muchas de las instituciones prestadoras de salud son muy estrechas, y las cintas antideslizantes no se encuentran en óptimas condiciones, poniendo en riesgo la seguridad de toda la población en general, mas aún aquellas en condición de discapacidad.

El marco normativo se encuentra resumido en el cuadro1, donde se describe con detalle toda la Nomografía para la Atención a población en Condición de discapacidad en Colombia.

En Colombia, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, MinTic, desde hace 21 años creo el Centro de Relevos, en donde ponen a disposición de la comunidad en general la posibilidad de realizar una

llamada con una persona sorda que previamente se encuentre registrada en su sistema con el servicio de relevo de llamadas, también cuentan con el servicio de video mensajes de WhatsApp, y El servicio de comunicación en Línea SIEL, el cual facilita la comunicación entre sordos y oyentes que se encuentran en un mismo lugar, poniendo a su disposición un intérprete en línea.

Sin embargo, cabe aclarar que este es “un servicio para uso exclusivo de las personas con discapacidad auditiva”, es decir que no es para el uso de las instituciones, ya que de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria de Salud 1618 de 2013 en su artículo 14 (18) “cada entidad es responsable de financiar y realizar sus propios ajustes razonables con base en las características y requerimientos de los servicios que presta”. Por tanto, es deber de cada institución, en este caso las prestadoras de Servicios de salud diseñar e implementar los ajustes razonables para la atención y la prestación de los servicios propios de su actividad para garantizar la accesibilidad, en este caso de personas con discapacidad auditiva, para lo cual, el MinTic las insta a consultar con las distintas organizaciones que agrupan a este tipo de población, las cuales, dado su conocimiento en la materia, podrán orientar y/o asesorar la implementación de ese tipo de ajustes.

Dentro de los ajustes razonables que existen en Colombia para la atención a personas con Discapacidad se cuentan en primer lugar la accesibilidad a los espacios físicos, contenidos en la Norma Técnica NTC 6047 de 2013 (44), a partir de la cual el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó mediante el Manual de Atención Incluyente la siguiente distribución de espacios físicos destinados a la atención de los ciudadanos:

Zona I Recepción: Está conformada por las áreas que facilitan el control de ingreso de los ciudadanos al punto de atención y sirve de filtro para evitar que la zona de espera y la de atención se congestionen. En esta zona se ubican las siguientes áreas (44):

Figura 4: Zona I Recepción, áreas que facilitan el control de ingreso de los ciudadanos.

ÁREA	DESCRIPCIÓN	DOTACIÓN
INGRESO	Espacio destinado al acceso peatonal y vehicular al punto de atención. Área de contacto inicial con el ciudadano, en la cual se le entrega información de la ubicación de los puntos de atención y dependencias. Se relaciona con el principio que las condiciones físicas de los espacios, dotados de infraestructura y equipos, permitan a las personas llegar, ingresar y utilizar los servicios en condiciones de seguridad y autonomía.	<ul style="list-style-type: none"> - Andenes - Rampas - Escaleras - Ascensor - Puerta Automática - Señalización - Ventanilla de registro - Controles de ingreso - Iluminación
VESTÍBULO	Espacio ubicado una vez se accede a las instalaciones de la entidad, el cual facilita la distribución a otras áreas.	<ul style="list-style-type: none"> - Escaleras - Ascensores - Iluminación - Señalización - Controles de ingreso - Sistema de información
INFORMACIÓN	Espacio en el cual se recibe inicialmente, hay contacto personal con el ciudadano y se entrega información para que el ciudadano pueda acceder al servicio solicitado.	<ul style="list-style-type: none"> - Escaleras - Puerta Automática - Señalización - Ventanilla de registro - Controles de ingreso - Iluminación
RADICACIÓN O CORRESPONDENCIA	Espacio destinado a la recepción de documentos y radicar correspondencia, peticiones, quejas y reclamaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Rampa de Acceso - Escaleras - Señalización - Sala de espera - Sistema de asignación de Turno - Puertas de acceso - Módulos de atención de pie o sentado. Áreas de recepción, mostradores, escritorios.

Fuente: Manual de atención incluyente. MinSalud.

Zona II Permanencia: Está conformada por áreas que facilitan los procesos antes de la atención; se denomina también espacio de antesala. En esta zona se ubican las siguientes áreas (44).

Figura 5: Zona II Atención, módulo de atención y respuesta a tramites, espacios de atención con enfoque diferencial.

ÁREA	DESCRIPCIÓN	DOTACIÓN
SALA DE ESPERA / HALL DE FILAS	Espacio asignado donde los ciudadanos esperan cómodamente y permanecen sentados o hacen fila, mientras esperan su turno para ser atendidos.	<ul style="list-style-type: none"> - Pasillos internos - Puertas y ventanas - Organizadores de filas - Mobiliarios salas de espera - Auditorios y asientos similares - Tableros de información - Iluminación - Señalización
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Cajero Automático. Son los espacios e instalaciones adicionales y complementarias, para mejorar el servicio al ciudadano.	<ul style="list-style-type: none"> - Pasillos internos - Puertas y ventanas - Organizadores de filas - Mobiliarios salas de espera - Auditorios y asientos similares - Tableros de información - Iluminación - Señalización

Fuente: Manual de atención incluyente. MinSalud.

Zona III Atención: Está conformada por los módulos de atención y respuesta a los servicios y trámites que presta el punto de servicio. En estos espacios se debe prever la ubicación de módulos o ventanillas prioritarias, destinadas para la atención a personas en condición de discapacidad adultos mayores, niños, mujeres embarazadas, personas de talla baja y población vulnerable en general. Se pueden incluir espacios para:

Figura 6: Zona III Puntos de atención.

ÁREA	DESCRIPCIÓN	DOTACIÓN
SALA DE ATENCIÓN ESPECIAL	Espacio asignado donde los ciudadanos esperan cómodamente y permanecen sentados o hacen fila, mientras esperan su turno para ser atendidos.	<ul style="list-style-type: none"> - Pasillos internos - Puertas y ventanas - Organizadores de filas - Mobiliarios salas de espera - Auditorios y asientos similares - Tableros de información - Iluminación - Señalización

Fuente: Manual de atención incluyente. MinSalud.

Zona IV Administrativa: Está conformada por las áreas y los servicios internos e instalaciones que soportan el funcionamiento administrativo y técnico del punto de servicio. En esta zona se ubican las siguientes áreas. (44)

Figura 7: Zona IV Administrativa, Área administrativa y técnica del punto de servicio. Fuente: Manual atención incluyente ministerio de salud y protección social.

ÁREA	DESCRIPCIÓN	DOTACIÓN
ADMINISTRACIÓN	Incluye las determinantes que califican el área correspondiente al administrador o coordinador del punto de atención y sus áreas complementarias como secretaría, archivo, sala de reuniones, puestos de trabajo para asesores, profesionales y/o auxiliares técnicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Pasillos internos - Circulación Vertical - Puertas y ventanas - Cuartos de baño e instalaciones sanitarias - Indicación visual de las áreas vidriadas - Módulos de atención debe prever la ubicación de módulos o ventanillas prioritarias destinadas para la atención de personas en condición de discapacidad, adultos mayores, mujeres embarazadas. - Salas de conferencias y salas de reuniones - Iluminación - Equipos, controles e interruptores - Aspectos de gestión y mantenimiento - Generalidades de orientación e información - Señalización
SERVICIOS GENERALES INTERNOS	Instalaciones disponibles para los servidores públicos como son los servicios sanitarios, cocineta, cafetería interna, vestier, lockers.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuartos de baño e instalaciones sanitarias accesibles para personas en condición de discapacidad. - Centro de copiado - Circulación Vertical - Centro de documentación - Vitrinas o estanterías - Lockers y guardarropa - Cocineta y cafetería para servidores - Enfermería - Áreas de almacenamiento - Cuartos de basura - Superficies de pisos y paredes - Iluminación - Equipos, controles e interruptores - Aspectos de gestión y mantenimiento - Generalidades de orientación e información - Señalización

Fuente: Manual de atención incluyente. MinSalud.

Además de esto, este mismo Ministerio establece como otro ajuste razonables, los apoyos para la toma de decisiones, entendidos como “las estrategias, medios, métodos y recursos a nivel de información, comunicación, tecnológicos, de accesibilidad, redes de apoyo, entre otros, de los que disponga la persona con discapacidad o que deban ser provistos por los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, para que dichas personas puedan tomar

decisiones de manera libre, autónoma e informada en ejercicio de su capacidad jurídica en el proceso de atención en salud” (Res 1904-2017) (35).

Dentro de estos apoyos para la toma de decisiones, se encuentran los apoyos para la comunicación que serían todos aquellos dispositivos o tecnologías con las que se cuente para lograr la asistencia en el proceso comunicativo con las personas en condición de discapacidad. Dentro de estos apoyos también se cuentan a aquellos brindados por personas de confianza, que pueden ser familiares, o parte de la comunidad, con el requisito que sean expresamente elegidos por la persona en condición de discapacidad, y que también pueden ser brindados por los profesionales de salud dentro de la Institución y que intervienen en el proceso de atención. Esta asistencia debe brindarse, respetando siempre la voluntad y preferencias en la toma de decisiones informadas, sin que en ningún momento se pretenda sustituir en su voluntad a la persona en condición de discapacidad.

Por otro lado, todos los actores del SGSSS deben propender porque la información destinada a la población con discapacidad de su jurisdicción se brinde a través de sus plataformas institucionales, sitios web, publicaciones, piezas comunicativas, estrategias y metodologías sean accesibles a dicha población, haciendo uso según sea el caso, de la comunicación alternativa y aumentativa, braille, macro tipos, libro hablado, transcripción en video a lengua de señas, audio descripción, pictogramas, intérpretes de lengua de señas, guías intérpretes, entre otras.

En cuanto a las barreras actitudinales se deben eliminar a toda costa las actitudes negativas y en muchos casos paternalistas o de pesar que se tienen frente a las personas en condición de discapacidad, y propender para que se les entregue toda la información pertinente relacionada con su atención y de la forma más clara y comprensible que sea posible.

Es importante tener en cuenta que el primer paso para la atención de personas con discapacidad en la determinación de apoyos y ajustes razonables, la cual se lleva a cabo a través de dos momentos: 1) el reconocimiento de apoyos para la toma de decisiones y 2) la identificación de apoyos y ajustes razonables. Esta determinación debe disponerse únicamente para los casos de personas con discapacidad que lo requieran.

CAPITULO V

5. RECOMENDACIONES

Es importante que las Empresas Administradoras de plan de Beneficios en Salud (EAPB) hagan una caracterización completa de sus afiliados para poder identificar aquellos que tienen algún tipo de discapacidad, y buscar las estrategias para dirigir la atención en salud de forma diferenciada, sumado a esto deben propender para que su red de prestadores realice todos los ajustes razonables definidos en la norma y descritos durante esta revisión bibliográfica para garantizar el acceso sin barreras a estos usuarios. Esta caracterización, también les va a dar herramientas para poder georreferenciar a estas personas con discapacidad, así como clasificarlas de acuerdo al tipo de discapacidad que presenten, y dirigir sus acciones en salud de una forma más específica y diferencial.

En cuanto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) es importante que revisen toda la normatividad existente en cuanto a los ajustes razonables, y en la búsqueda de su diferenciación y sostenibilidad en el tiempo como organización, logren diferenciarse de las otras instituciones ofreciendo siempre un servicio que propenda la inclusión a todo nivel, eliminando todo tipo de barreras de acceso a las personas con discapacidad, y una vez logrado esto, realice un trabajo fuerte de mercadeo ofertando estos servicios a las EAPB para que sean su prestador aliado, y generen una mayor marca competitiva, lo que a la final va a motivar a las demás instituciones a ajustar también sus modelos de atención.

De igual forma la implementación de herramientas tecnológicas o ayudas tecnológicas, existen algunas que no necesariamente representan costos para las organizaciones y que pueden ser usadas de forma gratuita o cuya implementación no implica un despliegue grande para su uso y que pueden ser suministradas por el Estado a través del MinTIC, así como la consideración de los costos de la no calidad vs la implementación y normalización de dichas herramientas.

Finalmente, es importante rescatar el papel de los usuarios en la garantía de sus derechos dentro de las instituciones, a través de los espacios dispuestos para ellos, espacios como la alianza o asociación de usuarios, que permiten velar por la calidad de los servicios así como la defensa de los usuarios, donde se incluye, por supuesto, a la población que presenta discapacidad visual y auditiva, a quienes por su condición son una de la población más vulnerable y con mayores barreras dentro del sistema.

6. REFERENCIAS

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 DE 2006. Diario Oficial 46230. Documento PDF. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
2. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1346 de 2009. Diario Oficial No 47427. Documento html. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1346_2009.html
3. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013 - 2022. Documento PDF www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf
4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley estatutaria 1751 de 2015. Diario oficial. 49427. Documento PDF https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
5. Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991, Artículo 15. Diario Oficial No. 52192. Documentos PDF. <http://www.secretariassenado.gov.co/constitucion-politica>
6. Colombia. Congreso de la República. Ley 16 De 1972. Diario Oficial No 33780. Documento PDF. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/ley_0016_1972.htm
7. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Artículo 11. Documento PDF. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
8. Seoane JA. ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora-Papeles de Filosofía*. 2011;30(1):143–61. Disponible en. https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/7386/pg_144-163_agora30_1.pdf

9. Ríos MIH. El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. CES derecho [Internet]. 2015;6 (2):46–59. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192015000200004
10. Organización Mundial de la Salud OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).2001. Documento PDF https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1
11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. resolución 113 de 2020. Diario Oficial 51213. Documento PDF. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20113%20de%202020.pdf
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social. 2020. Boletines poblacionales: Personas con Discapacidad - PCD. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidadl-2020.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud. Constitución y Estatutos. Documentos básicos.-48^a ed [Internet]. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1>
14. Ministerio de Salud. Lineamientos generales para la implementación de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social en entidades territoriales. 2022. Documento pdf. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad.pdf>
15. Ministerio de Salud. Discapacidad y enfoque diferencial. 2023. Documento pdf. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/enfoque-diferencial.aspx>
16. Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991, Artículo 49. Diario Oficial No. 52192. Documentos PDF. <http://www.secretariasenado.gov.co/constitucion-politica>

17. Irene Gil. ¿Qué es la discapacidad? Evolución histórica y cultural. [Internet]. Noviembre 2018. Consultado el 30 de Mayo 2023. Disponible en: <https://fundacionadecco.org/blog/que-es-la-discapacidad-evolucion-historica/>
18. Colombia. Ley 1618 de 2013. Diario Oficial 48717. Documento PDF. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1618_2013.html.
19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de atención Incluyente. Enero 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GSCM01.pdf>
20. Colombia. Ministerio de Energía. Protocolo de atención a personas en condición de discapacidad. Sector Minero energético. 2019-2029. <https://www2.sgc.gov.co/AtencionAlCiudadano/Documents/ProtocoloDiscapacidadSectorial2020.pdf>
21. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Guía para entidades públicas servicio y atención incluyente. Documento PDF. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa%20Nacional%20del%20Servicio%20al%20Ciudadano/Guía%20Servicio%20y%20Atención%20Incluyente.pdf>
22. HERRAMIENTA | Diccionario de la lengua española [Anónimo]. «Diccionario de la lengua española» - 23ª Edición [página web]. [Consultado el 08, noviembre, 2022]. Disponible en Internet: <<https://dle.rae.es/herramienta>>.
23. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. Manual Para La Adquisición Y Manejo Seguro De Medios De Trabajo [Internet]. 2006. Disponible en: www.unal.edu.co/dnp/Archivos_base/Manual_Adquisicion_Herramientas.pdf
24. Positiva Compañía de Seguros. La Educación es el arma más poderosa para el mundo. [Internet]. Consultado el 30 de Mayo 2023. Disponible en: <https://posipedia.com.co/wp-content/uploads/2021/07/8.-JUNIO-EL-RIESGO-MECA%CC%81NICO-EN-LAS-HERRAMIENTAS-MANUALES.pdf>

25. Álvarez Rodríguez F. Herramientas. Rev Esp Patol [Internet]. 2015;48(2):66. Disponible en: <https://concepto.de/herramienta/>
26. Equipo editorial. Herramienta. En: Enciclopedia Concepto [Internet]. 2022. Disponible en: <https://concepto.de/herramienta/>
27. Colombia. NTC-ISO 9999:1994. Documento PDF. <https://docplayer.es/15426906-Norma-tecnica-ntc-iso-colombiana-9999.html>
28. Dorda, J. R., González, J. R., & Adrián, M. E. D. C. (2004). De las ayudas técnicas a la tecnología asistiva. In Tecnología, Educación y Diversidad: Retos y Realidades de la Inclusión Digital. Actas del III Congreso Nacional de Tecnología, Educación y Diversidad (Tecnoneet)
29. COMUNICACIÓN | Diccionario de la lengua española [Anónimo]. «Diccionario de la lengua española» - 23ª Edición [página web]. [Consultado el 08, mayo, 2023]. Disponible en Internet: dle.rae.es/comunicaci%C3%B3n
30. Tejedor ISC. Comunicación empresarial y atención al cliente. Editex S.A; 2019.
31. Jiménez Jiménez, E. Barreras de la comunicación en la atención de enfermería. (2017).
32. Pupo, J. R. P., Lozano, C. E., & Galindo, S. S. Herramienta tecnológica para la comprensión disciplinar de la investigación científica en estudiantes sordos. In Tendencias en la Investigación Universitaria: Una visión desde Latinoamérica. Vol. X (pp. 420-434). Universidad Continente Americano. (2020).
33. Dominguez, J., Guarda, T., Torres, W., Bustos, S., Villao, F., Sanchez, J., ... & Ponce, V. Herramientas Tecnológicas Contribuyendo a la Inclusión de Personas con Necesidades Especiales. Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação, (2019). (E18), 302-309
34. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. Documento PDF <https://www.minsalud.gov.co/>

35. Colombia. Ministerio De Salud y Protección Social. Resolución 1904 de 2017. Diario Oficial No. 50.263 de 13 de junio de 2017 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf>
36. Rodriguez AY. La Comunicación Dentro De Las Organizaciones [Internet]. 2016. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/14976/RODRIGUEZ%20MORALESANGELA%20YOJANA2016.pdf?sequence=1>.
37. Programa De Acción Para El Decenio De Las Américas Por Los Derechos Y La Dignidad De Las Personas Con Discapacidad (2016-2026). Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/personas_con_discapacidad_programa_de_accion.pdf.
38. Organization of American States. Programa de acción para el decenio de las Américas por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad .Consultado 31 de mayo 2023. Disponible en: https://www.oas.org/en/sare/documents/CIDiscap_ESP_005.pdf
39. Naciones Unidas Derechos Humanos. convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Consultado 31 de mayo 2023. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/CRPD_TrainingGuide_PTS19_sp.pdf
40. Naciones Unidas Derechos Humanos. Lenguaje inclusivo en cuanto al género. Consultado 31 de mayo 2023. Disponible en: <https://www.un.org/es/gender-inclusive-language/>
41. Colombia. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). Norma Técnica Colombiana 5854. 2011. Disponible en: <https://www.mincit.gov.co/ministerio/ministerio-en-breve/docs/5854-1.aspx>
42. Villalba Sanchez Cristian.La calidad del servicio: un recorrido histórico conceptual, sus modelos más representativos y su aplicación en las universidades. Rev Punto de vista | v. iv | no. 7 | julio - diciembre 2013 | pp. 51-72 . [Citado Mayo 9 de 2023]

43. Barreneche R., Gonzales G., Rubio L. Atención en salud con enfoque diferencial por parte de una IPS en montería a la población con discapacidad [Internet]. 2022. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/6165/RODRIGO%20JOSE%20BARRENECHE%20HADDAD-LAURA%20DANIELA%20RUBIO%20ANGARITA-DORIS%20MARINA%20GONZALEZ%20HERNANDEZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
44. ICONTEC. Norma Técnica NTC 6047 de 2013 [Internet]. 2013. Disponible en: colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa%20Nacional%20del%20Servicio%20al%20Ciudadano/NTC6047.pdf