

Acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño (Colombia), 2017*

Access to health services for people with disabilities:
the case of a Foundation in Nariño-Colombia-2017

Acesso aos serviços de saúde para pessoas com deficiência: o caso de uma
Fundação em Nariño (Colômbia), 2017

Paola Andrea Valenzuela-Fuenagan¹; Luz Mery Mejía-Ortega²

¹ Administradora en Salud, con énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. valenzuelaf.paola@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1045-6207>

² Administradora de Empresas. Magíster y doctora en Salud Pública. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. mery.mejia@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0917-3704>

Recibido: 30/11/2018. Aprobado: 18/11/2020. Publicado: 25/01/2021

Valenzuela-Fuenagan PA, Mejía-Ortega LM. Acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño (Colombia), 2017. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2021;39(1):e336663. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e336663>

Resumen

Objetivo: Describir las condiciones de acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad de una Fundación del municipio de Cumbal, Nariño, en el año 2017. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, en el cual se aplicó una encuesta estructurada a 34 personas en situación de discapacidad —o familiares y acudientes—, inscritos en la Fundación. **Resultados:** A pesar de que las personas objeto del estudio contaban con afiliación al sistema de salud por el régimen subsidiado en salud, los largos tiempos de espera para la asignación de citas, la lejanía de la residencia hasta el lugar de atención, la falta de dinero y los excesivos trámites administrativos son las principales limitantes para acceder a los servicios de salud de esta población. El acceso

a los servicios de rehabilitación es bastante restringido para ellos, generando así mayores limitaciones para su bienestar. **Conclusiones:** Dada la limitada oferta de servicios de salud en el municipio de Cumbal, el estudio muestra que para las personas en situación de discapacidad de la Fundación se presentan múltiples barreras de tipo social, económicas y geográficas para acceder a los servicios de salud necesarios para su bienestar. Las principales limitaciones de acceso se dan en los servicios de rehabilitación.

-----**Palabras clave:** Accesibilidad a los servicios de salud, discapacidad, rehabilitación, centros de rehabilitación, servicios de salud, Nariño (Colombia).

* Este artículo deriva del trabajo del grado “Acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño (Colombia), 2017”, de Paola Andrea Valenzuela Fuenagan, para aspirar al título de administradora en salud, con énfasis en gestión de servicios de salud. 2012-2018. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.

Abstract

Objective: To describe the conditions of access to the health services of people with disabilities of a Foundation of the municipality of Cumbal, Nariño in 2017. **Methodology:** cross-sectional descriptive study in which a structured survey was applied to all those enrolled in the Foundation 34 people with disabilities, or relatives and guardians. **Results:** in spite of the fact that all the people under study had affiliation to the health system through the subsidized health regime, the long waiting times for the appointment assignment, the distance from the residence to the place of care, the lack of money and excessive administrative procedures are considered as the main

limitations to access the health services of this population. Access to rehabilitation services is quite restricted for them, thus generating greater limitations for their general well-being. **Conclusions:** given the limited offer of health services in the municipality of Cumbal, the study shows that for people with disabilities of the Foundation there are multiple barriers of social, economic and geographical type to access the health services necessary for the well-being of these people. The main access limitations are in the rehabilitation services. -----**Keywords:** Accessibility to health services, disability, rehabilitation, rehabilitation centers, health services.

Resumo

Objetivo: Descrever as condições de acesso aos serviços de saúde para pessoas com deficiência em uma Fundação no município de Cumbal, Nariño, em 2017. **Metodologia:** Estudo descritivo transversal, em que foi aplicado um inquérito estruturado a 34 pessoas com deficiência —ou parentes e tutores—, inscritos na Fundação. **Resultados:** Apesar de as pessoas objeto do estudo possuírem afiliação ao sistema de saúde devido ao regime de saúde subsidiado, aos longos tempos de espera para marcação de consultas, o afastamento da residência ao local de atendimento, a falta de dinheiro e o excesso os procedimentos administrativos são as

principais limitações para o acesso aos serviços de saúde dessa população. O acesso aos serviços de reabilitação é bastante restrito para eles, gerando maiores limitações para o seu bem-estar. **Conclusões:** Dada a limitada oferta de serviços de saúde no município de Cumbal, o estudo mostra que para as pessoas com deficiência da Fundação existem múltiplas barreiras sociais, econômicas e geográficas para o acesso aos serviços de saúde necessários ao seu bem estar. As principais limitações de acesso são em serviços de reabilitação. ----- **Palavras-chave:** Acessibilidade aos serviços de saúde, deficiência, reabilitação, centros de reabilitação, serviços de saúde, Nariño (Colômbia).

Introducción

Las condiciones de salud y bienestar de la población en situación de discapacidad, así como las de acceso a los servicios de salud han sido asuntos de interés de la investigación en salud pública, especialmente con fines de evidenciar su mayor vulnerabilidad social y para promover programas y políticas públicas en beneficio y defensa de su derecho a la salud. En el caso colombiano, “las condiciones sociales, económicas, políticas e incluso demográficas de nuestro país, incluidas la guerra, la violencia, los niveles de pobreza, el desamparo, el desplazamiento y el envejecimiento de la población, hacen que la discapacidad se convierta cada vez más en un fenómeno complejo [...]” [1, p. 4], por la cantidad de personas que se encuentran en esta situación y las limitaciones del sistema para garantizarles servicios integrales de salud en condiciones de equidad, calidad y oportunidad. La necesidad no satisfecha de estos servicios conduce, por lo general, al deterioro del estado general de salud, a mayor limitación para el desarrollo de actividades y a mayores restricciones para la participación social, redundando todo ello en peores condiciones de bienestar y de calidad de vida. A lo anterior se suman otras dificultades que afrontan las personas en situación de discapa-

cidad (PSD) para acceder a oportunidades laborales, de educación y participación social, lo cual obstaculiza su propio desarrollo y su contribución al desarrollo socioeconómico de su comunidad [2].

Según el “Informe mundial sobre la discapacidad” [3], se estima que las PSD son más vulnerables a las deficiencias en el acceso a la educación, el transporte y el empleo. Estas dificultades se agudizan al tratar de acceder a los servicios de salud, especialmente en las comunidades menos favorecidas. Asuntos como la mala coordinación de los servicios, la insuficiencia de personal, la escasa competencia y la falta de servicios apropiados para las personas con discapacidad son algunos de los obstáculos a los que se enfrentan cuando buscan un servicio de salud, además de los altos costos de transporte e inadecuadas condiciones de infraestructura que limitan su movilización [3].

En países como Canadá [4] y Estados Unidos [5], han podido determinar que las personas con algún tipo de discapacidad tienen menos posibilidad de acceder a los servicios de salud, como a la atención hospitalaria, los tratamientos médicos, la rehabilitación, medicamentos, cirugías, ayudas técnicas y demás, debido a la ineficiencia y la complejidad de los sistemas de salud de dichos países. Adicionalmente, son más vulnerables a

las profundas dificultades para desplazarse y para acceder a la información sobre los servicios disponibles, y a actitudes negativas en algunos proveedores de servicios sanitarios y sociales [4].

En Colombia, algunos estudios realizados para evaluar el acceso a los servicios de salud han basado su análisis en la afiliación al sistema de salud desde diferentes enfoques, y suelen tener como principal fuente de información las “Encuestas de calidad de vida” del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Entre las opciones de respuesta sobre la causa de no utilización de los servicios, estas encuestas incluyen categorías como levedad del caso, falta de tiempo y dinero, condiciones geográficas, falta de confianza en el personal de la salud, poca capacidad resolutoria y exceso de trámites, entre otros [6], pero no se tienen en cuenta otras categorías, propias de las PSD, como no hay quien los transporte a los centros de salud, por la lejanía de los centros de servicios de salud, o prefieren acudir a remedios caseros, ante la demora en la asignación de citas, causas que limitan el acceso a los servicios de salud.

Uno de esos estudios [6] mostró que las PSD perciben el acceso a los servicios de salud como difícil y poco adecuado, ya que depende mucho del tipo de aseguramiento, de los ingresos económicos, la falta de tiempo de las personas, el área geográfica y la fragmentación de la atención en múltiples proveedores.

En el caso específico del municipio de Cumbal-Nariño, según datos del DANE, en el año 2010, un total de 407 PSD no accedieron a los servicios de salud [7]. Sin embargo, no se tiene evidencia de estudios realizados sobre el acceso a los servicios de salud de las PSD, mediante la identificación de variables sociodemográficas, de aseguramiento, uso y acceso a estos servicios, entre otras, las cuales pueden permitir establecer las condiciones que esta población tiene para el acceso a ellos. Lo anterior motivó la realización de un estudio como parte de un trabajo de grado, donde su propósito se definió bajo el siguiente objetivo de investigación: analizar las condiciones de acceso a los servicios de salud de las PSD de una Fundación del municipio de Cumbal, Nariño (Colombia), en el año 2017, con el fin de que se puedan desarrollar estrategias que vayan enfocadas a generar ayudas para esta población en programas de promoción de la salud.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, tomando como fuente de información primaria una encuesta aplicada a la totalidad de las PSD inscritas en la Fundación, lo cual permitió describir las características sociodemo-

gráficas, las condiciones de aseguramiento en salud y la utilización de los servicios en salud, así como las necesidades y expectativas frente a estos en el municipio. La población objeto de estudio estuvo conformada por 34 personas, quienes a la fecha conformaban la totalidad de inscritos en la Fundación.

Para contactar a las personas vinculadas a la Fundación y sus cuidadores, se pidió la colaboración a la Dirección Local de Salud del municipio de Cumbal, la cual suministró una la respectiva base de datos. A estas personas se las convocó a una reunión, donde se presentó el proyecto y se pasó a solicitarles su participación voluntaria. Con las que no pudieron asistir, fue necesario establecer contacto telefónico con cada una de las personas que aparecían inscritas, o con sus familiares o cuidadores, lo que posibilitó que accedieran a participar en el estudio. Posteriormente, se visitó su domicilio, para poder aplicar la encuesta.

Para la recolección de la información, se aplicó una encuesta estructurada con base en la “Encuesta de calidad de vida 2010” del DANE [8] y en el “Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad” del Ministerio de Salud y Protección Social [9]. Para su aplicación, se hizo la visita domiciliaria a cada persona en sus lugares de residencia, tanto en el sector rural como en el sector urbano.

Antes de realizar cada encuesta, se explicó a los familiares los objetivos del estudio, las características de los participantes, los datos de cada una de las investigadoras y se obtuvo su aceptación voluntaria, manifestada con la firma del consentimiento informado. En los casos de las personas que por su condición de discapacidad o por su edad, no podían responder el cuestionario, los datos se obtuvieron de los familiares o cuidadores.

Con la información recolectada, se construyó una base de datos en Excel®, que luego se exportó y procesó en el programa SPSS versión 20 de IBM®, con los que se calcularon medidas de frecuencia y porcentajes. Asimismo, se llevaron a cabo los análisis pertinentes a los objetivos del estudio. Por último, se construyeron tablas y gráficos con fines descriptivos de la población estudiada, a los cuales se les hizo su respectivo análisis.

Respecto a las consideraciones éticas, se tuvieron en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud establecidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia [10], según la cual esta investigación implicó un riesgo mínimo para la población de referencia. Durante todo el proceso se garantizó el respeto por la dignidad de las personas participantes, así como la reserva de su identidad y de la información suministrada para los propósitos del estudio.

Resultados

De las personas que hicieron parte del estudio, 15 son hombres y 19 mujeres, con una edad promedio de 39 años; el menor de ellos de 3 años de edad, y el mayor, de 80. En cuanto al nivel educativo, el 53 % no tienen ningún nivel educativo aprobado; el 32 % de las personas han estado al menos en algún curso de primaria y tienen una primaria incompleta, y solo un 12 % aprobó la primaria. En su mayoría (71 %) no sabe leer ni escribir. Según lugar de residencia, en menor proporción son del área urbana (44 %).

Según la estratificación socioeconómica de las viviendas, el estrato 1 es el predominante entre esta población, con un 94 %. De acuerdo con los ingresos mensuales que obtenían las familias de las personas estudiadas, se pudo constatar que, en su mayoría (79 %), tenía un ingreso mensual inferior a 1 salario mínimo legal mensual vi-

gente (SMLMV). Solo un 21 % de los hogares reciben entre 1 y 2 SMLMV. Del total de las personas del estudio, el 65 % están incapacitadas permanentes para trabajar, un 21 % se dedica a labores del hogar y el 12 % se encuentran trabajando. Solo una de ellas estaba estudiando.

En cuanto a las condiciones de aseguramiento en salud, se encontró que el 100 % están afiliadas al sistema de seguridad social en salud (SGSSS). La mayor parte se halla afiliada al régimen subsidiado (82 %), y el resto (18 %), al régimen contributivo como beneficiarios. En lo correspondiente a la utilización de los servicios de salud, la distribución porcentual de los mismos muestra que la mayoría utilizó los servicios de su entidad promotora de salud (EPS) cuando presentó algún problema al respecto (véase Tabla 1).

Aquellas personas que no utilizaron los servicios de la EPS a la cual están afiliadas, en su mayoría dejaron de hacerlo por la lejanía del centro de atención (véase Figura 1).

Tabla 1. Lugar a donde acudieron la última vez que tuvieron algún problema de salud. Distribución porcentual.

Lugar de tratamiento a problemas de salud	Número	Porcentaje (%)
Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS	20	59
Utilizó servicios médicos particulares	3	9
Acudió a un boticario	2	6
Usó remedios caseros	9	26
Total	34	100

EPS: Entidad promotora de salud.

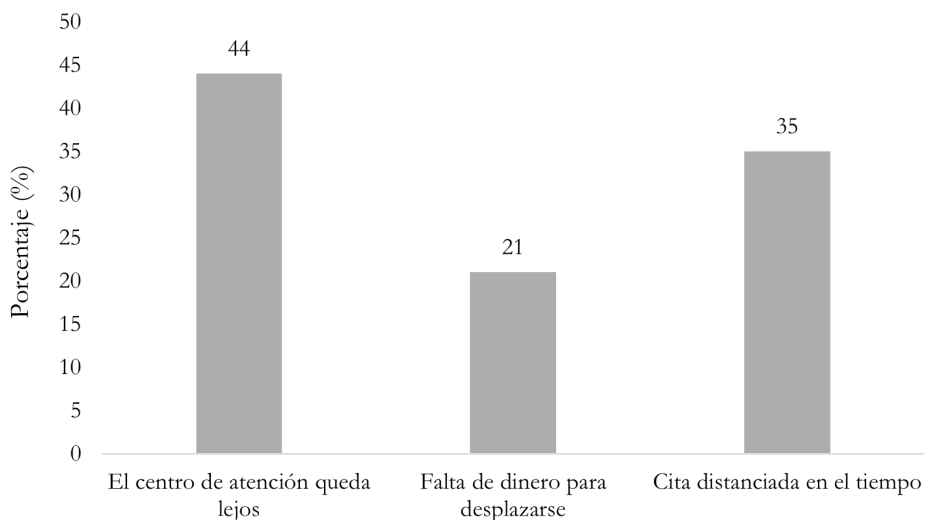


Figura 1. Distribución porcentual según la razón por la cual no utilizaron los servicios de una entidad promotora de salud. EPS: Entidad promotora de salud.

En Colombia, de acuerdo con el DANE, “la estratificación socioeconómica es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial por estratos los servicios públicos domiciliarios permitiendo asignar subsidios y cobrar contribuciones en esta área. De esta manera, quienes tienen más capacidad económica pagan más por los servicios públicos y contribuyen para que los estratos bajos puedan pagar sus tarifas” [11]. Estos se presentan en una escala de 1 a 6.

En lo que respecta a si las PSD vinculadas en la Fundación consultan por lo menos una vez al año por prevención a los servicios de salud, se encontró que el 88 % consulta al médico, el 50 % al odontólogo, el 26 % al optómetra, el 18 % al nutricionista, el 15 % en igual porcentaje a enfermera y fonoaudiólogo cada uno, y, por último, el 9 % al fisioterapeuta.

Respecto a la orientación que les han dado a las personas y familias sobre el manejo de la discapacidad, el

41 % de los encuestados manifestó haber recibido esa orientación, mientras que el 59 % dice no haber recibido ninguna. En cuanto a la percepción que tienen los cuidadores de estas personas sobre su estado de salud, la mayoría lo consideran bueno (véase Tabla 2).

Por lo que se refiere a la asistencia al servicio de rehabilitación, se encontró que solo el 24 % acude a este. Además, la mayoría de los que no asisten a él poseen ingresos de menos de 1 SMMLV (véase Tabla 3).

Tabla 2. Estado de salud según régimen. Distribución porcentual.

Estado de salud		Régimen		Total
		Contributivo	Subsidiado	
Bueno	Recuento	3	16	19
	Porcentaje dentro de estado de salud (%)	16	84	100
Malo	Recuento	1	4	5
	Porcentaje dentro de estado de salud (%)	20	80	100
Regular	Recuento	2	8	10
	Porcentaje dentro de estado de salud (%)	20	80	100
Total	Recuento	6	28	34
	Porcentaje dentro de estado de salud (%)	18	82	100

Tabla 3. Asistencia al servicio de rehabilitación según ingresos económicos. Distribución porcentual.

Ingresos económicos	Sí	No	Total
Menos de 1 SMMLV	5	22	27
Entre 1 y 2 SMMLV	3	4	7
Total	8	26	34
Porcentaje (%)	24	76	100

De la población que indicó no asistir a servicios de rehabilitación, el 42 % respondió que se debía a la falta de dinero, un 15 % porque el centro de atención queda muy lejos, un 8 % porque no hay quien lo transporte. Cabe resaltar que el 35 % señaló que era por otras razones, como que en el municipio no se prestan los servicios que requieren, no le autorizan la atención o nunca se lo han ofrecido.

Acerca de los servicios de rehabilitación, el 88 % recibe servicio de psiquiatría, el 75 % optometría, el 63 % medicina física y el 100 % medicamentos permanentes.

En cuanto al financiamiento de los servicios de rehabilitación en la población que asiste a ellos, el SGSSS se ocupa del 63 % y el resto los asume la familia (37 %), ya que algunas personas prefieren asistir a servicios particulares, debido a la complejidad que se presenta en las instituciones en cuanto a los servicios de salud.

A continuación se describen las necesidades en salud y las expectativas frente a las mismas.

Respecto al proceso de asignación de citas, el 87 % de los que viven en la zona rural estiman que este servicio es malo. Por otro lado, de los participantes que viven en el área urbana, el 66 % consideró que el servicio no era ni bueno ni malo (véase Tabla 4).

De las personas que tuvieron acceso a los servicios de salud, el 74 % afirma que el tiempo de espera para ser atendidas es largo, mientras que el 26 % consideró como ni largo ni corto el aspecto calificado.

Respecto a la distancia hasta el lugar de atención, el 38 % de los cuidadores de estas personas califican como "muy lejano y lejano" el sitio de atención; un 15 % lo estima cercano, y el resto, ni lejano ni cercano.

En lo que tiene que ver con la facilidad en el acceso a los servicios de salud según aseguradora, los afiliados

Tabla 4. Asignación de citas según el lugar de residencia.

Asignación de citas		Lugar de residencia		Total
		Rural	Urbana	
Bueno	Recuento	3	2	5
	Porcentaje dentro de lugar de residencia (%)	13	16	15
Malo	Recuento	16	3	19
	Porcentaje dentro de lugar de residencia (%)	87	18	56
Ni bueno, ni malo	Recuento	0	10	10
	Porcentaje dentro de lugar de residencia (%)	0	66	29
Total	Recuento	19	15	34
	Porcentaje dentro de lugar de residencia (%)	100	100	100

a la EPS Indígena Mallamas lo perciben difícil en el 65 % y muy difícil el 35 %. Por su parte, los que están afiliados a Emsannar EPS, el 82 % lo perciben difícil y el 18 % como muy difícil el acceso a los servicios de salud.

Por último, otro de los aspectos evaluados fue la calidad de los servicios de salud, en donde el 65 % de

las personas que accedieron calificaron el servicio como malo y el 35 % como bueno.

Aquella población que utilizó los servicios de salud y que indicaron la calidad como mala, manifestaron que es por los trámites excesivos o dispendiosos, y por la demora en la atención que se presenta en el acceso a los servicios de salud (véase Tabla 5).

Tabla 5. Calidad de los servicios de salud según aspecto que influye para calificar la calidad como mala.

Calidad de los servicios de salud		Aspecto que influye para calificar la calidad como mala			Total
		Demora en la atención	Tramites excesivos o dispendiosos		
Buena	Recuento	12	0	0	12
	Porcentaje dentro de calidad de los servicios de salud (%)	35	0	0	35
Mala	Recuento	0	5	17	22
	Porcentaje dentro de calidad de los servicios de salud (%)	0	15	50	65
Total	Recuento	12	5	17	34
	Porcentaje dentro de calidad de los servicios de salud (%)	35	15	50	100

Discusión

El tema de discapacidad es una problemática que se afronta a nivel mundial. Este fenómeno, que afecta a miles y miles de personas, como lo revela el “Informe mundial sobre discapacidad” [3], no es una situación ajena a la realidad colombiana y específicamente al municipio de Cumbal, Nariño, que, a pesar de ser un municipio de aproximadamente 38 000 habitantes, únicamente cuenta con dos instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) [12], las cuales, a su vez, no cuentan con adecuadas condiciones físicas ni arquitectónicas y solo pueden suplir algunas de las necesidades en salud de las PSD. Lo anterior ocasiona una insatisfacción del servicio y genera un deterioro del estado general de salud, debido

a que no se encuentran preparadas para atender a este tipo de población [13-14]. Ello es así, pese a las medidas legislativas, administrativas y presupuestales que en Colombia establecen algunos organismos de control en materia de garantía de derechos para la población con discapacidad [15-17].

Es importante destacar que el lugar de residencia, principalmente para quienes viven en la zona rural, resultó ser, en este estudio, un factor que condiciona el acceso a los servicios de salud, pues debido a la lejanía de la institución de salud, se incrementan los gastos de transporte y los costos de viáticos para el viaje. Además, en el municipio hay poblaciones que no cuentan con adecuadas vías para su desplazamiento a los servicios de salud, ya que tienen que pasar por caminos de a pie para

salir de su residencia hasta llegar a los lugares de atención y acompañados mínimo siempre de una persona. Conforme lo plantean Vélez y Vidarte [18-19], estos son unos costos indirectos de la discapacidad que se suman a las barreras de acceso.

Por otra parte, entre las condiciones más relevantes que afectan el acceso a los servicios de salud de las PSD, también se encontró el nivel educativo. Distintos autores [19,20] muestran cómo los bajos niveles educativos limitan el acceso a la información y a la comprensión de la orientación que se brinda desde los programas de educación en salud. Como pudo verse en este estudio, la mayoría de las PSD no saben leer ni escribir, por lo cual necesitan de un acompañamiento permanente para todo su proceso de búsqueda y utilización de servicios de salud.

En este estudio pudo verse igual proporción de hombres y mujeres. Sin embargo, en el estado civil predominó el soltero, lo que podría relacionarse con la edad predominante del estudio y la misma situación de discapacidad. El estrato más predominante entre estas personas fue el 1 y el 2, hallazgo que refleja el nivel de ingresos que tiene esta población, el cual tiende más a la pobreza que a la riqueza.

Por su parte, las condiciones de la vivienda son favorables, en la mayoría de los hogares, en cuanto a la tenencia (todos residen en vivienda propia) y en cuanto a la cobertura de servicios públicos domiciliario. Esto se corresponde con el alto porcentaje de cobertura (98 %) que se registra en el departamento de Nariño [7,21].

La situación de discapacidad también afecta de manera importante la posibilidad de acceder a ingresos para la supervivencia de la persona y su familia, como se mostró en este estudio. Esto se convierte en un círculo vicioso de la pobreza y la dependencia, ya que cada persona que afronta una discapacidad necesita del acompañamiento de un cuidador. Por lo general, se evidencia que son los familiares los encargados del cuidado de estas personas, impidiéndoles, a su vez, la oportunidad de tener una vida laboral activa y remunerada y, por tanto, volviendo así al núcleo familiar más vulnerable económicamente [22,23].

En cuanto al aseguramiento en salud, un aspecto que se resalta en este estudio es que el total de los participantes contaba con afiliación al sistema, con mayor porcentaje en el régimen subsidiado. Sin duda, este es un factor favorable para esta población en situación de discapacidad, aunque, como ya se ha demostrado [24,25], en el sistema de salud en Colombia, el aseguramiento en sí mismo no es garantía del acceso a los servicios de salud. Al respecto, cuando estas personas presentaron algún problema de salud, la mayoría asistió a los servicios de salud a los cuales tenía derecho por su EPS. Sin embargo, algunos acudieron a remedios caseros, y otros

no se dirigieron a ningún servicio, debido a la distancia, a la falta de dinero para desplazarse, o porque la cita estaba para largo tiempo de espera.

Llama la atención que a pesar de que las PSD entrevistadas están afiliadas al SGSSS, la mayoría no asistía a rehabilitación. Este estudio menciona que no lo hacían por la falta de dinero, la lejanía del centro de atención, no hay quien lo lleve; además, añadieron que en el municipio no se prestan los servicios que requieren, no le autorizan la atención o nunca se lo han ofrecido, condiciones que también se evidenciaron en el estudio realizado por el DANE en el departamento de Nariño [7].

Igualmente, dentro de las barreras administrativas de los servicios de salud se identificaron la asignación de citas, la demora en la tramitología para pedir citas con especialistas o exámenes diagnósticos, los largos tiempos de espera cuando acuden a las citas, la corta duración de la atención médica y la lejanía hasta el lugar de atención. Por último, llamó la atención que al indagar sobre la calidad de los servicios de salud, se encontró que en su mayoría la perciben como mala, al igual que lo hallado en otros estudios [17,26]. Esto puede obedecer a los trámites excesivos o dispendiosos, y los largos tiempos de espera en cuanto a la asignación de las citas médicas, que, en consecuencia, terminan dificultando su acceso y, por ende, la calidad de la atención en salud.

Conclusiones

A pesar de los esfuerzos por identificar y caracterizar a esta población, no se ha logrado consolidar información actualizada que permita orientar la toma de decisiones. En el caso del municipio de Cumbal, Nariño, el “Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad” se encuentra en proceso de implementación y validación. Por otro lado, los registros que tiene la Fundación están desactualizados, situación que se vio reflejada en las dificultades para contactar a la población de referencia para este estudio.

La investigación permitió ratificar que la discapacidad afecta en mayor medida a poblaciones vulnerables. En cuanto al acceso a los servicios de salud de la población en situación de discapacidad, se evidenció que se presenta mayor vulneración, debido a su condición económica, social y geográfica, situación que no es particular de la persona con discapacidad, sino que afecta a su grupo familiar o cuidadores, quienes también se ven enfrentados a este tipo de dificultades.

Las IPS no están preparadas para atender a este tipo de población. Es necesario mejorar el manejo de los recursos en salud, las condiciones de infraestructura, la capacidad resolutoria, y formar al personal en el trato y el manejo que se les debe dar a las personas en esta condición, dependiendo de su tipo de discapacidad.

Asegurar la disponibilidad de personal especializado con la formación necesaria para la atención integral, teniendo en cuenta las necesidades para cada tipo de discapacidad y la continuidad en los programas de rehabilitación y habilitación en esta población, se convierte en un reto para los servicios de salud.

Limitaciones del estudio

Las estrategias diseñadas para estudiar e identificar la discapacidad presentan limitaciones al momento de reflejar la verdadera situación de esta población, debido a que no consideran las particularidades de cada tipo de discapacidad y los medios adecuados y adaptados para esto.

Por otro lado, por tratarse de un estudio que se llevó a cabo con las PSD pertenecientes a una Fundación del municipio de Cumbal, los resultados no se pueden inferir al total de la población en situación de discapacidad del municipio.

Agradecimientos

A la Fundación del municipio de Cumbal-Nariño, por su colaboración y disposición continua en la ejecución de este trabajo. A las PSD, a sus padres y acudientes, por participar en el desarrollo de esta investigación.

Declaraciones de conflicto de intereses

Las autoras declaramos que no tenemos conflicto de interés con la Fundación que facilitó la realización del estudio.

Declaración de fuentes de financiación

El trabajo no tuvo fuentes de financiación.

Declaración de responsabilidad

La investigación y el escrito es de entera responsabilidad de las autoras y no implica de ninguna manera las instituciones en las que trabaja.

Declaración de autoría

Las autoras acordamos que la primera autora de este trabajo es Paola Andrea Valenzuela Fuenagán, en tanto que es derivado de su trabajo de grado. Asimismo, declaramos lo siguiente respecto a la contribución en el proceso de elaboración del artículo: 1) ambas autoras, de igual forma, contribuimos a la concepción o diseño del artículo, así como en el análisis e interpretación de los

datos; 2) de igual modo, ambas contribuimos en el diseño del trabajo de investigación y en la revisión crítica de su contenido intelectual; 3) también, en la aprobación de la versión final para la publicación, ambas intervenimos de la misma manera; y 4) ambas tenemos la capacidad de responder en todos los aspectos del artículo, de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas.

Referencias

1. Beltrán JC, González C. Discapacidad en Colombia. Reto para la inclusión en capital humano [internet]; 2008. [citado 2017 mar. 11]. Disponible en: https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pcd_discapacidad_en_colombia.pdf
2. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y demografía. Grupo de Censos y Proyectos Especiales. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Bogotá. Bogotá [internet]; 2007. [citado 2017 mar. 2]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/Bogota%20SEPT%202007.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. Malta: OMS; 2011 [internet]. [citado 2017 feb. 15]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
4. Gibson BE, Mykitiuk R. Health care access and support for disabled women in Canada: Falling short of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A qualitative study. *Women's Health Issues*. 2012;22(1):e111-e8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.07.011>
5. Smith DL. Disparities in health care access for women with disabilities in the United States from the 2006 National Health Interview Survey. *Disabil Health J*. 2008; 1(2):79-88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2008.01.001>
6. Vargas-Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Tesis doctoral]. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina [internet]; 2009. [citado 2017 mar. 11] Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv11de1.pdf>
7. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Salud en Nariño [internet]. 2010 [consultado 2017 mar. 14]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/discapacidad>
8. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Encuesta de calidad de vida 2010 [internet]. 2010 [consultado 2017 mar. 14]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/ECV_2010_Antioquia.pdf
9. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Ministerio de Salud y Protección Social. Formulario de Discapacidad. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad; [internet]; 2003 [citado 2017 mar. 14]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/formulario.pdf>
10. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 octubre 4).

11. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección. Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios [internet]; s. f. [citado 2017 mar. 15]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>
12. Municipio de Cumbal, Nariño. Alcaldía Municipal. Plan de Desarrollo 2016-2019. [internet]; 2017 [citado 2017 feb. 15]. Disponible en: https://cumbalnarino.micolombiadigital.gov.co/sites/cumbalnarino/content/files/000021/1035_plan-de-desarrollo-de-municipio-de-cumbal.pdf
13. Leturia J, Díaz O, et al. La atención sanitaria a las personas con discapacidad. *Rev. Española de Discapacidad* [internet]. 2014 [citado 2019 sep. 23]; 2(1):151-64. Disponible en: <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/108/73>
14. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de Censos y Demografía. Grupo de Censos y Proyectos Especiales. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad departamento de Nariño [internet]. 2007 [citado 2017 mar. 15]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/informe_narino.pdf
15. Colombia. Contraloría General de la República. Informe sobre las medidas legislativas, administrativas y presupuestales para la garantía de derechos de las personas con discapacidad en Colombia. Años 2013 a 2016 [internet]; 2017 [citado 2017 sep. 21]. Disponible en: <https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/666831/informe+discapacidad+2016+-+marzo+2017.pdf/e126e0f0-1b24-429c-8e27-b63ed89cd38b>
16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [internet]; 2013 [citado 2017 mar. 2]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/1A/SSA/13.Plan-Decenal-de-Salud-Publica-2012-2021-Resumen-ejecutivo.pdf>
17. Lugo Agudelo L, Seijas E. La discapacidad en Colombia: una mirada global. *Rev. Col Med Fis Rehab.* [internet] 2012 [citado 2017 sep. 21]; 22(2):164-79. Disponible en: <https://revistacmf.org/index.php/rcmfr/article/view/64>
18. Beltrán JC, González C. Discapacidad en Colombia. Reto para la inclusión en capital humano [internet]. 2008 [citado 2017 mar. 11]. Disponible en: https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/06_tomo_2_exclusion_MPAL_CH.pdf
19. Vélez Álvarez C, Vidarte Claros J. Discapacidad y determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios: diferencia por género. *Cienc. Innov. Salud.* 2014;2(2):63-69. doi: <https://doi.org/10.17081/innosa.2.2.42>
20. Cardona D, Agudelo A, et al. Educación, salud y empleo de la población con algún tipo de limitación. Medellín, 2008. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2012; 17(2):1-15. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n1/v17n1a06.pdf>
21. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014;13(27):242-65. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.assa>
22. Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia [Trabajo de grado]. Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Economía Aplicada, Barcelona [internet]. 2010 [citado 2017 sep. 21]. Disponible en: <http://encuentros.alde.es/antiores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>
23. Echavarría M, Rivero C. Accesibilidad a los servicios de salud para personas con discapacidad visual en una institución prestadora de salud en la ciudad de Medellín. [Trabajo de grado]. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín; 2017.
24. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 27(2):121-30.
25. Arango García J. Caracterización de la población en situación de discapacidad en el municipio de Maceo, 2009. [Trabajo de grado]. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín; 2012.
26. Oviedo Cáceres M, Hernández Padilla M. Condiciones de acceso a servicios de baja visión en Colombia [internet]; 2013 [citado 2017 sep. 21]. Disponible en: <https://vision2020la.wordpress.com/2013/11/01/condiciones-de-acceso-a-servicios-de-baja-vision-en-colombia/>

