

Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia)

Health services accessibility for people with physical disabilities in Zarzal (Valle del Cauca, Colombia)

Carlos Andrés Gómez-Perea, Lina Marcela Pasos-Revelo,
Tatiana González-Rojas, Marcela Arrivillaga

Resumen

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo describir y analizar el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad física en el municipio de Zarzal (Valle del Cauca, Colombia).

Materiales y métodos: Se efectuó un estudio observacional con 56 adultos con diagnóstico de discapacidad física. La encuesta final aplicada se denominó EASS-DISCAPACIDAD FÍSICA, que evalúa perfil sociodemográfico y socioeconómico, acceso a servicios preventivos, acceso a servicios curativos o de rehabilitación, gasto de bolsillo y acceso a la atención específica en discapacidad física.

Resultados: Los resultados confirman la desventaja social y económica en la que se encuentra la población en situación de discapacidad. Aun cuando el total de las personas encuestadas se encontraban afiliadas al SGSSS, indicando cobertura, esto no ha garantizado el acceso a servicios de salud integrales y oportunos. Se encontraron problemas en el acceso y continuidad de los servicios de rehabilitación, en especial por retrasos en las autorizaciones por las EPS, demoras en las citas para procedimientos y terapias, y falta de educación para la salud en manejo de la discapacidad física.

Conclusiones: Se recomienda aplicar la Encuesta en otros territorios del país, con el fin de visibilizar dicha población y sus necesidades de acceso al sistema de salud. Es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social fortalezca el Sistema Nacional de Discapacidad con el objetivo de establecer prioridades de atención para estas personas.

Palabras clave: Discapacidad, acceso a los servicios de salud, derecho a la salud.

Fecha de recepción: 6 de julio de 2017
Fecha de aceptación: 4 de abril de 2017

Abstract

Objective: This study aimed to describe and analyze access to health services for people with physical disabilities in the municipality of Zarzal, Valle, Colombia.

Materials and methods: An observational study was conducted with 56 adults diagnosed with physical disability. The applied survey was EASS-DISCAPACIDAD FÍSICA that evaluates sociodemographic and socioeconomic profile, access to preventive services, access to curative or rehabilitative services, out-of-pocket expenses and access to personalized care in physical disability.

Results: The results confirm the social and economic disadvantage of the population in a situation of disability. Although the total number of people surveyed were affiliated to SGSSS, indicating coverage, it has not guaranteed access to comprehensive and timely health services. Problems were found in the access and continuity of rehabilitation services, especially delays in the authorization of health insurance companies, delays in appointments for procedures and therapies, and lack of health education in the management of physical disability.

Conclusions: It is recommended to apply the survey in other territories of the country, in order to make the population more visible and their needs for access to the health care system. It is necessary that the Ministry of Health and Social Protection strengthen the National Disability System with the aim of establishing priorities of care for this population.

Keywords: Disability, access to health services, right to health.

INTRODUCCIÓN

El aumento en la esperanza de vida ha traído cambios en el perfil demográfico, produciendo un incremento de la discapacidad derivada de la ocurrencia de lesiones afectivas, físicas y psíquicas, producidas por violencia, el conflicto armado y el desplazamiento (1), o bien por meras razones de desgaste biológico y funcional de las personas.

La discapacidad se ha definido como el conjunto de limitaciones de la actividad y restricciones para la participación que tienen algunas personas. Refiere a la dificultad para realizar actividades de la vida diaria (2) e incluye restricciones en la estructura y función (3). En particular, la discapacidad física es definida como “la alteración de la capacidad del movimiento, que implica en distinto grado, las funciones de

desplazamiento y/o de manipulación, bucofaríngeas o de la respiración, y que limitan a la persona en su desarrollo personal y social” (4). Estos trastornos pueden ser resultado de una etiología variada, pero clasificados de acuerdo con la topografía del trastorno motor, las características del movimiento y el nivel de restricción en el desempeño (4).

La discapacidad en las Américas es un tema de enorme repercusión social y económica, pero del cual se carecen de datos completos (5). El trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados. No obstante, según el informe de la Organización Mundial de la Salud de 2014 (6), la discapacidad ha sufrido un incremento de más de mil millones de personas. A esto se suma que la incidencia de la discapacidad se encuentra relacionada con determinantes sociales, y se presenta con mayor frecuencia en zonas de bajos ingresos

y bajo nivel educativo (7). Este incremento en la prevalencia de la discapacidad demanda una mayor necesidad de asistencia sanitaria y acceso a servicios de salud, oportunos e integrales, considerando las necesidades.

El acceso a los servicios de salud se entiende como “la disponibilidad, promoción y uso efectivo de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, para responder a las necesidades específicas de la población, en condiciones de garantía suficiente, oportuna y de calidad, del derecho a la salud” (8), (9). En el tema de discapacidad algunos autores han expresado que las principales barreras relacionadas con los servicios son la falta de calidad, calidez e integralidad de la atención, la pobre cobertura, la creencia de que la rehabilitación es un proceso costoso para el asegurador, y barreras en el ambiente hospitalario (10), (11). Otros autores han indicado que los costos en discapacidad no son uniformes para toda la población y que se relacionan con la severidad de la limitación funcional. Los costos directos incluyen el cuidado médico y rehabilitación, intervenciones tempranas, vigilancia de condiciones crónicas y uso de la tecnología. Los costos indirectos están representados por la pérdida laboral, bajos índices de satisfacción y bienestar, apoyos compensatorios del gobierno y la beneficencia pública, y la dependencia que absorbe la familia o el pago de un cuidador (12), (13).

Considerando lo anterior, este estudio tuvo como objetivo describir y analizar el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad física en el municipio de Zarzal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio. Estudio cuantitativo, con diseño observacional, aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana seccional Cali.

Contexto, población y muestra. El estudio se desarrolló en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia), que¹ tiene una población de 43 035 habitantes (14),[] distribuidos en un corregimiento y siete veredas. Cuenta con una empresa social del Estado (ESE) y seis puestos de salud en los niveles 1 y 2 de atención.

De acuerdo con la Secretaría de Bienestar Social, a 2016 la población estaba conformada por 119 personas clasificadas en situación de discapacidad.

Se realizó un muestreo por conveniencia aplicando como criterios de inclusión: tener diagnóstico de discapacidad física, mayores de 18 años, vivir en Zarzal y expresar voluntad para participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron estar bajo el efecto del alcohol o sustancias psicoactivas al momento de la encuesta y presencia de otro tipo de discapacidad. La muestra final estuvo conformada por 56 personas.

Técnica de recolección de información. La encuesta utilizada fue una adaptación de la Encuesta de Acceso a Servicios de Salud para Hogares Colombianos (EASS) (8) y de la Encuesta Plan Nacional de Atención para las personas en situación de discapacidad del DANE (14). La encuesta final aplicada y validada por jueces expertos se denominó EASS-DISCAPACIDAD FÍSICA y consta de 76 preguntas cerradas que evalúan perfil sociodemográfico y socioeconómico, acceso

a servicios preventivos, acceso a servicios curativos, gasto de bolsillo y acceso a la atención específica en discapacidad física.

Procedimiento. Después de identificar a los participantes, se les contactó por vía telefónica, se les invitó a participar en el estudio, se programó una visita domiciliaria en la que se explicó el consentimiento informado y se procedió a su firma. Se aplicó EASS-DISCAPACIDAD FÍSICA durante julio y agosto de 2016. El tiempo promedio de aplicación de la encuesta fue 55 minutos.

Análisis de información. Una vez realizada la depuración de la base de datos, se realizó un análisis univariado. La información fue organizada y resumida a través de tablas de frecuencias, cálculo de medidas de tendencia central, variabilidad y dispersión, de acuerdo con el nivel de medición de cada variable. Una interpretación conjunta de los resultados obtenidos constituyó el análisis descriptivo de la información recolectada. La información fue procesada con la herramienta de apoyo SPSS versión 20.

RESULTADOS

Características sociodemográficas. De la muestra final, conformada por 56 personas en situación de discapacidad física (n=56), 59 % fueron mujeres y 41 % hombres. La muestra se concentró en tres estratos socioeconómicos (1, 2 y 3). Todos los encuestados estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); el 75 % al régimen subsidiado, el 23,2 % al régimen contributivo y el 1,8 % al régimen especial. Los datos completos sobre la información sociodemográfica se presentan en la tabla 1.

Acceso a servicios preventivos. El 66.1 % de los encuestados acudió al médico en el último año como *medida preventiva*, el 21,4 % asistió al médico y al odontólogo, 1,8 % solo al odontólogo. El 10,7 % no asistió a ninguna consulta preventiva. Del total de la muestra, 73.2 % utilizó más de un medio de transporte para llegar al servicio de salud. Con relación al tiempo empleado para llegar al lugar de la atención de salud la última vez, el 83.9 % tardó menos de una hora y el 14.3 % de una a cuatro horas.

Acceso a servicios curativos o rehabilitación. En relación con el *acceso a servicios de urgencias*, el 62.5% acudió en los últimos seis meses. El 40 % esperó entre 31 minutos y una hora; el 14.3 % esperó entre una y dos horas, mientras 25.7 % esperó más de dos horas. El 75 % consideró que le brindaron la atención necesaria; les negaron la prestación del servicio por encontrarse afiliados a una EPS que no tenía convenio con la IPS al 11.1 %.

En cuanto al *acceso a la consulta médica general*, el 82.7 % refirió haber consultado en el último año. Después de la consulta, el 21 % manifestó que tuvo problemas para el tratamiento por falta de dinero para pagar copagos con 19.6 %, porque la EPS no realizó las autorizaciones respectivas 17.4%, y 6.5 % por tramites excesivos para gestionar eventos no POS.

Por su parte, el 67.4 % fue remitido a *médico especialista*; las especialidades con mayor demanda de servicios fueron fisioterapeuta y cirugía con 19.4 %, y médico internista con 16.1 %. Un 45.2 % refirió que fue atendido con consulta con el especialista entre dos a cuatro semanas; a un 29 % no lo habían atendido al momento de la Encuesta, y el 6.5 % tardó de uno a tres meses. Al 20 % la EPS no les entregó medicamentos y al 37.1 % solo algunos de

ellos. A quienes no les entregaron medicamentos, el 71.4 % fue por no estar incluidos en el POS 71.4 %.

En cuanto al *acceso a servicio de hospitalización*, el 10.7 % de las personas lo utilizó. Todos consideraron que la calidad de la atención fue buena y que su necesidad de salud fue resuelta. La información completa sobre los resultados de este módulo se presenta en la tabla 2. La tabla 3 resume la oportunidad de la atención, atención de la necesidad y calidad de la atención valorada por las personas encuestadas.

Gasto de bolsillo en acceso a servicios de salud. El pago de medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados por la EPS estuvo entre 2.700 y 30 000 COP. El pago por lentes, audífonos o aparatos ortopédicos fue de \$80 000 COP promedio.

Acceso a la atención específica para la discapacidad física. Los participantes reportaron trastornos del movimiento en cuerpo, manos, brazos y piernas con un 42.9 %, en ojos 23.2 % y en sistema nervioso 19.6 %. El 82 % reportó que conocía el origen de su discapacidad: por enfermedad general 45 %, accidentes 27 % y enfermedades genéticas 10.7 %.

El 67.9 % expresó que no había tenido acceso a procedimientos y terapias de rehabilitación en los últimos 6 meses. El 22.9 % lleva de 0 a 1 año sin recibir servicio de rehabilitación, 28.6 % de 2 a 5 años, 17.1 % de 6 a 10 años y 31.4 % más de 10 años. Los motivos: falta de dinero 39.5 %, ya la terminó 23.7 %, no sabe 18.4 %, cree que ya no la necesita 10.5 %, no le gusta 5.3 % y porque el centro de salud le queda muy lejos 2.6 %. El tipo de rehabilitación que con mayor frecuencia les ordenaron fue fisioterapia 42.9 %. Y aunque el 60.7 % utiliza

ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, el 52 % no ha recibido esto por parte de sus EPS.

El 80.4 % no ha tenido continuidad en su proceso de rehabilitación; las principales razones reportadas fueron: retrasos en las autorizaciones por parte de las EPS 41.3 %, demoras en citas para procedimientos y terapias 30.4 %, y falta de personal de salud especializado en la atención de discapacidad 21.7 %. El 51.8 % no ha recibido, al igual que su familia, educación respecto al manejo de la discapacidad física, a pesar de que un 53.6 % manifestó que requiere de manera permanente la ayuda de otra persona.

El 53.6 % consideró que durante el proceso de rehabilitación le han brindado la atención necesaria para su situación de discapacidad física, mientras que el 35.7 % no lo considera así. De manera coherente con esto, la calidad de la atención fue calificada como buena y muy buena por un 51.8 % y como mala y muy mala por un 39.3 %. De estos últimos, el 66.7 % experimentó trámites excesivos y/o dispendiosos, 9.9 % declararon falta de oportunidad, 7.8 % mala atención del personal administrativo, 7.8 % mala atención del personal asistencial y 5.9 % por condiciones deficientes de infraestructura. La información completa se presenta en la tabla 4.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio se relacionan con la desventaja social que enfrenta la población en situación de discapacidad. Estas condiciones de vida ya han sido reportadas a nivel nacional y en América Latina (5), (12), (15), (16) como altos niveles de exclusión económica (ingresos, trabajo, consumo), de capital humano (salud, educación), de capital

social (control social, antecedentes personales y culturales, compromisos cívicos) y de acceso físico (infraestructura, movilización) (17). La pobreza y el aumento en la carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles generan un impacto en el incremento de la discapacidad a expensas de la vulnerabilidad intensificada (12), (18). Estas condiciones enmarcan grandes retos al Estado en general y a los servicios de salud de salud en particular para la atención la discapacidad (19).

Los resultados mostraron que aun cuando el total de las personas encuestadas se encontraban afiliadas al SGSSS, indicando cobertura, esto no ha garantizado el acceso a servicios de salud integrales y oportunos para esta población en Zarzal. Ya otros autores han señalado que en Colombia el aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo, y que estar afiliado al sistema no garantiza el acceso efectivo a los servicios (20). La equidad se transforma en inequidad, injusta y evitable, por falta de reconocimiento a las necesidades específicas de la población. En el país, estas personas están expuestas a barreras sistemáticas, y Zarzal no es la excepción. A las personas con discapacidad física se les vulnera su derecho a la salud con barreras innecesarias, sin considerar que tanto en la Constitución Política de 1991 como en la Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social y en el Plan Decenal de Salud Pública se estipula especial protección para garantizar la atención en salud sin restricciones administrativas ni económicas (21), (22).

Los hallazgos de este estudio confirman que las personas en situación de discapacidad física del municipio de Zarzal se enfrentan a un sistema de salud con un enfoque más curativo que preventivo, toda vez que se exponen a barreras de acceso oportuno, continuo e integral. Todo aquello que no se encuentre

en el “paquete” (POS) supone obstáculos para acceder a los servicios. Esto se puede traducir en mayor carga de morbilidad, potenciando el círculo vicioso entre mala salud y pobreza (23-25), lo cual se exagera cuando se trata de personas en situación de discapacidad física.

En particular, en el acceso a servicios curativos se evidenciaron demoras en la oportunidad de la atención, problemas para llevar a cabo el tratamiento en cuanto a medicamentos, exámenes y procedimientos prescritos, y falta de acceso por falta de dinero debido a eventos no POS. Estudios previos ya habían mostrado que personas con discapacidad visual habían tenido que recurrir a la acción de tutela para evitar la vulneración de derechos fundamentales y acceder a medicamentos o tratamientos que no se encuentran incluidos en el POS (22). Asimismo, el gasto de bolsillo para acceder a los servicios y adquirir los instrumentos esenciales para su proceso de rehabilitación representa una carga económica adicional. La mayoría de las personas entrevistadas en Zarzal no cuentan con recursos económicos suficientes para estos gastos que implica pagar por equipos especiales, servicios de soporte general, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, servicios médicos y de rehabilitación, adaptaciones domésticas y gastos de transporte, entre otros. En este caso, no solo se ven quebrantados la igualdad de bienestar, sino también la igualdad de oportunidades para lograr el bienestar (26).

Respecto al acceso a servicios específicos los hallazgos no son alentadores. En concordancia con estudios anteriores (27), (28), se encontraron problemas en el acceso y continuidad de los servicios de rehabilitación, en especial por retrasos en las autorizaciones por las EPS, demoras en las citas para procedimientos y terapias, y falta de educación para la salud

en manejo de la discapacidad física. Consecuencia de ello, una proporción importante de entrevistados manifestó mala calidad de los servicios específicos a los que se acceden.

En cuanto a limitaciones, es importante tener en cuenta que los resultados de la investigación no se pueden generalizar considerando el muestreo a conveniencia; es recomendable conducir otros estudios con la misma EASS en poblaciones similares, así como de tipo cualitativo para dar mayor cuenta de las barreras de acceso a los servicios que enfrentan las personas en situación de discapacidad física en el municipio. Lo segundo, explorar de manera específica el acceso a los diferentes servicios preventivos, cuyo módulo de la EASS original se redujo luego del pilotaje del instrumento.

Para finalizar, los autores proponemos que se aplique la EASS-DISCAPACIDAD FÍSICA en otros territorios del país, con el fin de visibilizar dicha población y sus necesidades de acceso al SGSSS. Es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social fortalezca el Sistema Nacional de Discapacidad (29) con el objetivo de establecer prioridades de atención para estas personas. De igual manera, elaborar estrategias a nivel municipal en el marco de la Promoción Social, entre las que se destaca la formación de redes sociales territoriales y comunitarias, formación ciudadana, definición y avances en la atención integral a personas en condición de discapacidad.

Financiación: Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Conflicto de interés: ninguno.

REFERENCIAS

1. Obando-Ante Leidy M, Lasso-Benavides Adriana E, Vernaza-Pinzón P. Discapacidad en población desplazada en el Cauca, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2006; 8(2): 182-190.
2. Cardona Arango D, Agudelo Martínez A, Restrepo Molina L, Segura Cardona AM. **Índice de vulnerabilidad de la población en situación de discapacidad en Medellín**. *Rev. Salud Pública*. 2014; 16 (1): 1-13.
3. Neves Silva P, Álvarez Martín E. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(12):4889-4898.
4. Perez JI, Garaigordobil M. Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*. 2007; 28(3):343 - 357.
5. Vásquez A. La discapacidad en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. 2010: 9-23.
6. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud. 2014 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
7. Vélez C, Vidarte JA, Cerón JD. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31 (supl 1): S192-S202.
8. Arrivillaga M et al. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit*. 2016; 30 (6): 415-420.
9. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2014; 13(27): 12-26.
10. Carrasquilla G, et al. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: lineamientos,

- epidemiología e impacto económico. 2009; 9-11.
11. De Azevedo TR, Valdevino SC, Costa KN, Neto JV, Lira LG, Martins, KP. Accesibilidad para personas con discapacidad física en los hospitales públicos. *Rev. Electrónica Enfermería Global*. 2015; 14(1):310-318.
 12. Hernández Jaramillo J, Hernández Umaña I. Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2005; 7(2): 130-144.
 13. Ahmad M. Health care access and barriers for the physically disabled in rural Punjab, Pakistan. *International Journal of Sociology and Social Policy*. 2013; 33 (3/4): 246-260.
 14. González CI, Gómez JC. Información Estadística de Discapacidad. DANE. 2004;1-41.
 15. Hurtado M et al. Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de los miembros inferiores. *Salud Uninorte*. 2012; 28(2):227-237.
 16. DANE. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985- 2015 - Estudios censales N°4. 2015.
 17. Martínez FL. Inequidad social y discapacidad. 2007; 119.
 18. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014.
 19. Uribe JC, Hormiga CM. Situación de la población condiscapacidad en Santander. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander*. 2012; 7(2):4-37.
 20. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009; 27(2):121-130.
 21. Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Económica Social. *Conpes Social 166. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social*. 2013; 1-61.
 22. Daza Camacho AY. Dificultad en el acceso a los servicios de salud en personas con discapacidad visual. 2013; 1-82.
 23. García Ubaque JC, García Ubaque CA, Benítez LF. Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación. *Rev. Salud Pública*. 2012; 14(5):878-890.
 24. Mejía Mejía, A, Sánchez Gandur AF, Tamayo Ramírez, JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2007; 9(1):26-38.
 25. Wagstaff A. The demand for health: an empirical reformulation of the Grossman model. *Health Economics*. 1993; 2(2):189-198.
 26. Cruz Velandia I. La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2005; 23(1): 92-101.
 27. Moreno M, Rubio X, Angarita D. Valoración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional en Colombia: Antecedentes, Realidades y perspectivas de actualización. 1ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
 28. Angarita D. Rehabilitación integral: Un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad. Universidad Nacional de Colombia Medicina, Tesis de Maestría en discapacidad e inclusión Social. Bogotá, Colombia; 2014.
 29. Ministerio de Salud y Protección Social. *Sistema Nacional de Discapacidad*. 2016.