



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA**

**DIFICULTAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN PERSONAS
CON DISCAPACIDAD VISUAL**

ADRIANA YUBEL DAZA CAMACHO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
BOGOTÁ - COLOMBIA 2013**

**DIFICULTAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN PERSONAS
CON DISCAPACIDAD VISUAL**

ADRIANA YUBEL DAZA CAMACHO

**Tesis o trabajo de investigación presentado como requisito parcial dentro
del programa de MAESTRIA EN DERECHO AL TRABAJO Y SEGURIDAD
SOCIAL**

Director:

CARLOS LUIS AYALA CACERES

Codirector:

HERNANDO TORRES CORREDOR

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
BOGOTÁ - COLOMBIA 2013**

DEDICATORIA

A mi mamá hermosa, Maria Alcira Camacho quien me ha brindado el amor más incondicional del mundo.

A mi angelito guardián, que acompaña cada uno de mis pasos desde el cielo, Jairo Humberto Daza⁽⁺⁾.

A mi padre del alma quien con su ejemplo guía mi camino, Carlos Arturo Garzón Roa.

A mi mejor amiga y confidente, quien desde la distancia me demuestra su amor Carolina Daza Camacho.

Y finalmente a mi compañero de vida y eterno amor Jonathan Castillo Garzón.

AGRADECIMIENTOS

La presencia de Dios en mi vida ha marcado su importancia desde los primeros años de mi existencia, las duras luchas junto a mi familia hoy son solo un recuerdo y experiencia que orientaron mi camino y forjaron mi ser. Es por ello que cada día agradezco a Dios y a mi familia su apoyo incondicional a lo largo de mi vida y particularmente el entusiasmo y paciencia que dispusieron a lo largo de estos dos años de maestría.

Agradezco al doctor Marcel Silva Romero y Carlos Luis Ayala Cáceres por la tutoría en la Universidad Nacional de Colombia, dirigiéndome a trabajar por un futuro profesional, como estudiante y abogada, en esta linda materia del derecho al trabajo y seguridad social.

A mis compañeros de estudio, por el consolidado trabajo en equipo, compromiso y amistad.

Aprovecho la oportunidad para agradecer al profesor Hernando Torres Corredor, quien con sus valiosos aportes, conocimiento y paciencia este trabajo tuvo éxito.

RESUMEN

Este documento se realizó con el objetivo de determinar si existen dificultades en el acceso a los servicios de salud por parte de las personas con discapacidad visual en Colombia, en el entendido de que nuestro país es un Estado Social de Derecho como lo establece el artículo primero de nuestra Constitución Política que al tenor reza lo siguiente: Artículo 1. *“Colombia es un estado social de derecho organizado en forma de Republica unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.* “El artículo anterior de nuestra carta magna enfatiza en lo social buscando garantizar los derechos básicos a la población, y se complementa con el artículo 13 que da especial importancia a las personas menos favorecidas.

Artículo 13. *“Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.*

El estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptara medidas a favor de grupos discriminados o marginados.

El estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionara los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Así mismo el artículo 47 de la misma carta consagra lo siguiente: *“El estado adelantara una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestara la atención especializada que requieran.”*

Como se puede observar del texto del artículo anterior el estado esta en la obligación de adelantar políticas que permitan la rehabilitación e integración de las personas considerados disminuidos físicos y de prestarles la atención especializada que requieran.

En este mismo sentido el artículo 54 superior indica textualmente lo siguiente “*es obligación del estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.*”

El artículo anterior está complementado por el artículo 68 que en su inciso final reza “*la erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del estado.*”

De lo antes expuesto se puede observar que efectivamente la constitución de 1991 da garantías a todos los ciudadanos, en especial a aquellas personas que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta como lo son las personas con discapacidad visual, al punto de señalar que los abusos contra estas personas deben ser castigados, así mismo, se le da la obligación al estado de prevenir las discapacidades y en caso de que ya existan darles a estas personas la atención especializada que requieran, la educación de este tipo de personas es un compromiso estatal y en materia laboral el estado está en la obligación de garantizar el derecho al trabajo de las personas con discapacidad en circunstancias acorde con sus condiciones de salud.

Teniendo en cuenta las garantías constitucionales en la materia, este trabajo abordará la problemática de la dificultad que tienen las personas con discapacidad visual para acceder a los servicios de salud y en caso de que sea necesario se realizarán recomendaciones encaminadas a dar las correspondientes soluciones, para ello se utilizarán documentos tales como decretos, leyes, sentencias de la Corte Constitucional, Sentencias de Corte Suprema de Justicia, y demás información que se relacione con el tema, a fin de obtener las correspondientes conclusiones que contribuyan a la mejora en el trato y en el servicio a esta clase de personas.

ABSTRACT

This document was produced with the aim of determining what are the difficulties in access to health services for people with visual disabilities, through a state of the art to construct such recommendations to help people eliminate access barriers that presented in their health service. After the analysis of documents such as decrees, laws, judgments of the Constitutional Court Judgments Supreme Court, and data reflecting the situation of disability in the country were to materialize the conclusions that lead to the deepening of the subject matter and that contribute to improving the treatment and service they are given to people who, every day with such a disability.

Keywords: Visual Impairment, Law, Social Security System.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3. RESULTADOS ESPERADOS.....	17
4. MARCO TEÓRICO.....	18
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN.....	18
4.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	21
4.3 SERVICIOS DE SALUD ORIENTADOS A LA DISCAPACIDAD.....	25
4.4 DISCAPACIDAD VISUAL.....	38
5. MARCO CONCEPTUAL.....	43
5.1 OPORTUNIDADES.....	52
5.2 FORTALEZAS.....	53
5.3 AMENAZAS.....	53
6. MARCO LEGAL.....	57

6.1 MARCO LEGAL INTERNACIONAL.....	57
6.2 MARCO NORMATIVO DE ORDEN NACIONAL.....	59
7. MARCO JURISPRUDENCIAL.....	65
8. METODOLOGÍA.....	75
FUENTES.....	77
CONCLUSIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Estudios que Incorporan la Discapacidad en Colombia.....	11
Tabla 2. Estructura y función corporal definidas por la CIF.....	37
Tabla 3. Grados de discapacidad, según capacidad de ejecución y posibilidad de participación.....	38

INTRODUCCIÓN

En Colombia se ha realizado tres los estudios, por parte del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), que incorporan la discapacidad para sus mediciones: El primero de ellos es el Censo de 1993, que tomó en cuenta la condición de salud y biológica, pero dejó de lado los factores contextuales y sociales que hacen a la discapacidad. El segundo de los estudios es el Registro de 2003, bajo el criterio de la CIF, que estuvo orientado a captar datos sobre deficiencias de estructuras corporales y limitaciones para relacionarse con otras personas, desarrollar actividades familiares, valerse por sí mismo en el aseo o la vestimenta. Dicho registro ha generado un instrumento o banco de datos alimentado en forma permanente y periódica, constituyéndose en un Instrumento que permite recoger información sobre las características de la situación de discapacidad, atendiendo al marco conceptual establecido en la actual Política de Intervención en Discapacidad. El tercero de los estudios es el Censo 2005, realizado con el enfoque conceptual aportado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), así como de miembros del Comité Consultivo Nacional, quienes realizaron las pruebas de contenido para su definición. Es la información oficial utilizada por el Estado colombiano para la postulación de sus políticas para el sector. Se puede anotar que también se han procesado otros estudios; por ejemplo, el realizado por el Ministerio de Educación en convenio con el DANE (2002-2003), incorpora los conceptos de equiparación de oportunidades y de participación social, pero tiene el sesgo de identificación de las personas con discapacidad de mayor severidad, concepto que también orientó el Censo de 1993. También, el estudio de la Universidad Javeriana y la Vicepresidencia de la República, para el Sistema Nacional de Información en 1995, que –basado en una muestra de 9 ciudades- encuentra una altísima prevalencia: 23.6%, así como alto desempleo y poco acceso al sistema de seguridad social. En estos estudios la diferencia de cobertura de uno y otro, no permiten comparar sus estimaciones de prevalencia de discapacidad.¹ En la siguiente tabla 1 se hace una comparación de los resultados de los estudios descritos.

Tabla 1. Estudios que Incorporan la Discapacidad en Colombia

EVENTO	DEFINICIÓN UTILIZADA	PREGUNTA:	PREVALENCIA
Censo 1993	Deficiencia	¿Tiene alguna(s) de las siguientes limitaciones? Ceguera, sordera, mudez, retraso o deficiencia mental, parálisis o ausencia de miembros superiores, parálisis	1.85%

¹ CANSECO, J. Situación de la discapacidad en la región andina (legislación y políticas de estado). *Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue (ORASCONHU)*. 2009.

		o ausencia de miembros inferiores, ninguna de las anteriores.	
Sistema Nacional de Información sobre Discapacidad 1995	Limitación y deficiencia	Estudio realizado por la Universidad Javeriana en 9 ciudades de la República, estratos 1, 2 y 3, con resultados siguientes: 44.6% de PCD son mayores de 46 años; 1.8% presentan ceguera; 1.3% presentan sordera; 0.13% mudez; 0.4% retraso mental; 0.7% trastorno mental; en tanto, el 9.7% de las PCD presenta trastornos funcionales crónicos. Del total de PCD, el 24.1% está desempleada y sólo el 32.5% tiene acceso a seguridad social.	23.6%
Registro 2003	Deficiencia / Funcionamiento	CIF: 1) Deficiencias de estructuras corporales: ¿Tiene alteración - nervioso, visión, auditiva, gusto, voz, respiración, corazón, digestiva, sistema genital, movimiento corporal, piel? 2) Limitaciones de funciones: ¿Tiene dificultad para – pensar, ver, oír, percibir sabores u olores dolor permanente, hablar y comunicarse, moverse por problemas de corazón o respiratorios, masticar, tragar, asimilar alimentos, tener relaciones sexuales, caminar, correr, saltar, mantener piel, uñas, cabellos sanos? 3) Restricciones: ¿Tiene dificultad para – relacionarse con los demás, llevar – mover - utilizar objetos con las manos, caminar, mantener la posición del cuerpo, alimentarse, asearse y vestirse? ¿Le impiden desarrollar actividades – los familiares, amigos, vecinos, empleados, otras personas? ¿Encuentra barreras en dormitorio, sala, baño, escaleras, pasillos, patios, andenes, aceras, calle, vías, parques, plazas, estadios, teatros, paraderos, terminales de transporte, vehículos de transporte público, centros educativos, lugares de trabajo, centros de salud, hospitales, centros comerciales, tiendas, plazas de mercado, otros lugares?	2.00%
Censo 2005	Funcionamiento	Pregunta 41: Tiene limitaciones permanentes para: 1) ¿Moverse o caminar? 2) ¿Usar sus brazos y manos? 3) ¿Ver, a pesar de usar lentes o gafas? 4) ¿Oír, aún con aparatos especiales? 5) ¿Hablar? 6) ¿Entender o aprender? 7) ¿Relacionarse con los demás por	6.3%

		problemas mentales o emocionales? 8) ¿Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo? 9) ¿Otra limitación permanente? Pregunta 42: De las anteriores limitaciones ¿cuál es la que más afecta su desempeño diario? Pregunta 43: ¿Esta limitación fue ocasionada: 1) Porque nació así, 2) Por una enfermedad, 3) Por un accidente, 4) Por violencia de grupos armados, 5) Por violencia dentro del hogar, 6) Por violencia de delincuencia común, 7) Por edad avanzada, envejecimiento, 8) Por otra causa, 9) No sabe.	
--	--	--	--

Fuente: BID, Equipo de Discapacidad y Desarrollo, 2006

Adicional, a las cifras expuestas, y al revisar el estudio realizado por la defensoría del pueblo, acerca de la situación actual de la tutela y el derecho a la Salud en Colombia durante el 2010², expone que el total de tutelas durante el 2010 fue de 403.380 (8,83% más que las presentadas en el 2009). Lo que significa que por cada 10.000 habitantes, se interponen 88,64 tutelas por vulneración de algún derecho fundamental.

La participación de las tutelas en salud, dentro de las tutelas en general, fue del 23,4%; el Departamento donde se interpone el mayor número de tutelas es Antioquia (26,2%); el 67.8% de las tutelas interpuestas, fue contra las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado; el contenido más frecuente en las tutelas interpuestas, se presenta por tratamientos (43.3%), seguido de medicamentos (24.2%) y cirugías (21.7%). Las principales solicitudes por tratamientos en el año 2010 tuvieron que ver con las especialidades relacionadas con neurología, oncología, oftalmología, ortopedia y medicina interna. Las especialidades en las que más se solicitan son las de oftalmología, ortopedia, gastroenterología, cirugía general y ginecoobstetricia. Las mayores solicitudes por citas médicas en este período se presentaron en la especialidad de oftalmología, neurología y ortopedia. Se destacan los incrementos significativos en solicitudes de exámenes relacionados con las especialidades de hematología, medicina interna, oftalmología y neurología, en donde las variaciones estuvieron por encima del 38%, especialmente en exámenes rutinarios para el tratamiento de las diferentes patologías, como las creatininas y los hemogramas.³

² RAMÍREZ, L. Realidad de la tutela en salud en Colombia - Estadísticas 2010. *Actualisalud*. 2011

³ Ibid.

Teniendo en cuenta las cifras y todo lo expuesto en cuanto a los recursos judiciales que usan las personas para acceder al servicio de salud, se confirman los problemas e inconvenientes que se presentan las personas con discapacidad visual a los servicios de salud y las trabas que les imponen para recibir beneficios por los que han pagado y que deben ser cubiertos según lo establece la ley, lo que se pretende con ésta investigación es llegar a la contestación de la pregunta sobre ¿cuáles son las dificultades en el acceso a los servicios de salud en personas con discapacidad visual?

1. JUSTIFICACIÓN

Para la elaboración de este trabajo me motivo encontrar en el articulado de la constitución de 1991 que el constituyente busco la garantía de los derechos de los ciudadanos, a fin de hacer de nuestro país una sociedad mas justa, equitativa e igualitaria, resulta muy interesante lo expresado en la parte final del artículo 13 de la constitución que al tenor reza: “El estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionara los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”

Este enunciado demuestra con mucha claridad lo garantista que es nuestra carta magna al punto que busca una igualdad verdadera que va mas allá del concepto simple de igualdad, pues da mayor protección a personas que están en circunstancias de debilidad manifiestas, teniendo en cuenta que mal se haría en poner en igualdad de condiciones a personas o grupos de personas que cuentan con desventajas en relación con las otras.

Otra motivación es la difícil situación que vive nuestro país en materia de atención en salud, es evidente que la prestación del servicio se ha convertido en un negocio al que le sacan provecho las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud para las que priman los intereses económicos por encima del dolor, la dignidad humana y la vida, que en muchas ocasiones pierden los pacientes por deficiencias en el servicio y en la atención.

Se ha vuelto costumbre oír a personas que han requerido atención medica quejarse de la mala calidad en la atención en salud, manifestaciones como la siguiente, lo que dan es ibuprofeno y calmantes, hacen parte de la cotidianidad.

Las empresas que manejan el sistema de salud en Colombia ven el servicio como un negocio que debe producir mas activos que pasivos, no importa el ser humano, no interesa el dolor y en algunas ocasiones no interesa que la muerte le arrebathe la vida a las personas, con tal de que el negocio funcione.

Es evidente que existen problemas en la atención en salud que afectan a la población, razón por la cual considero importante hacer esta pregunta. Si las personas fisiológicamente consideradas normales tienen dificultades para recibir atención medica, tendrán dificultades las personas con discapacidad visual?

Es esta la pregunta que aspiramos responder al final de este trabajo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si las personas con discapacidad visual tienen dificultades de orden jurídico, económico, social o de cualquier otro tipo que les impida el acceso a los servicios de salud y en caso de detectar dichas dificultades realizar recomendaciones encaminadas a la solución del problema.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si existen dificultades en el acceso a la atención médica por parte de las personas que padecen de discapacidad visual.
- Establecer desde el punto de vista normativo (jurídico) si están dadas las condiciones que garanticen la protección necesaria para las personas con discapacidad visual que le permitan el acceso a los servicios de salud, en condiciones normales.
- Analizar desde el punto de vista social si existen barreras o dificultades para las personas con discapacidad visual, al momento de requerir atención médica.
- Establecer si desde la administración de justicia (magistrados y jueces) se toman decisiones encaminadas a garantizar el acceso a la salud de las personas con discapacidad visual.
- Constatar si existen políticas recientes del gobierno nacional dirigidas a mejorar las condiciones de acceso en la atención en salud de las personas discapacitadas visuales.

3. RESULTADOS ESPERADOS

Con la elaboración de este trabajo se busca determinar si existen dificultades o barreras que les impidan a las personas con discapacidad visual acceder al sistema de salud en nuestro país.

Uno de los propósitos es realizar un estudio exhaustivo desde lo jurídico, a fin de establecer si existen normas que les garanticen a las personas discapacitadas visuales, recibir una atención médica, eficiente, oportuna y de buena calidad.

Igualmente se tendrán en cuenta otros factores como lo social, lo económico y lo político, a fin de establecer si existen circunstancias de este orden que generen barreras o dificultades a los discapacitados visuales al momento de requerir el tratamiento de sus dolencias.

Al final del proyecto se espera determinar si existen las dificultades antes mencionadas, y en el evento de que se presenten plantear las posibles soluciones.

El fin último de este documento es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de esta clase de personas que padecen una de las mayores discapacidades que puede sufrir el ser humano, la dificultad parcial o total para ver.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN

El Estado Colombiano es considerado como un ente jurídico al que se le ha confiado la prestación de servicios de salud, determinado a favor del pueblo al que gobierna. Por ende, la gestión pública en discapacidad debe responder entre otras normas a los compromisos del Estado de cara a la “*Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*”, promoviendo y protegiendo los derechos y la dignidad de las personas, impulsando el desarrollo social, y la no discriminación.

Aunque en la Constitución no es posible encontrar una definición completa de lo que se considera constituye una discapacidad, la Carta si utiliza varios términos para referirse a ella, entre otros: limitados, personas en situación de debilidad manifiesta, disminuidos, minusválidos. Por esta razón la Corte constitucional basada en la “*Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación*”, ha definido la discapacidad como “*la deficiencia física, mental o sensorial, ya sea permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.*”⁴ Así mismo, la “*Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*” establece que el concepto incluye a las personas que “*tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*”⁵

Adicional a lo anterior, la Corte Constitucional en la Sentencia T-816 del 2006, recordó que con la palabra “*discapacidad se resumen un gran número de diferentes limitaciones funcionales, que pueden revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental y éstas a su vez pueden ser de carácter permanente o transitorio.*” Igualmente en la Sentencia T-198 del 2006 afirmó que “*la discapacidad es el género, mientras que la invalidez es la especie, y en consecuencia, no siempre que existe discapacidad necesariamente nos encontramos frente a una persona inválida. La invalidez sería el producto de una discapacidad severa y no depende de su declaración específica la protección constitucional reforzada.*”

⁴ Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación, (art. 1º, n. 1), Guatemala, 1999 citado por CORREA, L. Panorama de la protección jurisprudencial a los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia. *Vniversitas*. 2009. (118): 115-139

⁵ Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, (art. 1º), Nueva York, 2007 citada por CORREA, L. Panorama de la protección jurisprudencial a los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia. *Vniversitas*. 2009. (118): 115-139.

El Estado Colombiano debe garantizar a las personas el disfrute pleno de los derechos, el grado de aplicación determina en los territorios su grado de desarrollo social, pues sólo en los municipios los derechos se hacen efectivos. Estos derechos cubren las necesidades humanas fundamentales, necesidades que en la Constitución se encuentran elevadas a nivel de derechos constitucionales.

Es a través de la ley 1618 del 27 de febrero de 2013, que se pretende garantizar y asegurar 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; por lo tanto define: *“Personas con y/o en situación de discapacidad: Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.*

Teniendo en cuenta, la definición anterior, es importante la claridad de los siguientes conceptos encontrados en la ley 1618 de 2013.

- **Artículo 2° Inclusión social:** *“Es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.”*
- **Acciones afirmativas:** *“Políticas, medidas o acciones dirigidas a favorecer a personas o grupos con algún tipo de discapacidad, con el fin de eliminar o reducir las desigualdades y barreras de tipo actitudinal, social, cultural o económico que los afectan.”*
- **Acceso y accesibilidad:** *“Condiciones y medidas pertinentes que deben cumplir las instalaciones y los servicios de información para adaptar el entorno, productos y servicios, así como los objetos, herramientas y utensilios, con el fin de asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, tanto en zonas urbanas como rurales. Las ayudas técnicas se harán con tecnología apropiada teniendo en cuenta estatura, tamaño, peso y necesidad de la persona.”*
- **Barreras:** *“Cualquier tipo de obstáculo que impida el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad. Estas pueden ser:*

- **Actitudinales:** *“Aquellas conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas, que impiden u obstaculizan el acceso en condiciones de igualdad de las personas con y/o en situación de discapacidad a los espacios, objetos, servicios y en general a las posibilidades que ofrece la sociedad.”*
- **Comunicativas:** *“Aquellos obstáculos que impiden o dificultan el acceso a la información, a la consulta, al conocimiento y en general, el desarrollo en condiciones de igualdad del proceso comunicativo de las personas con discapacidad a través de cualquier medio o modo de comunicación, incluidas las dificultades en la interacción comunicativa de las personas”.*
- **Físicas:** *“Aquellos obstáculos materiales, tangibles o contruidos que impiden o dificultan el acceso y el uso de espacios, objetos y servicios de carácter público y privado, en condiciones de igualdad por parte de las personas con discapacidad.”*
- **Rehabilitación funcional:** *“Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes.”*
- **Rehabilitación integral:** *“Mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad.”*
- **Enfoque diferencial:** *“Es la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas.”*
- **Redes nacionales y regionales de y para personas con discapacidad:** *“Son estructuras sin personería jurídica, que agrupan las organizaciones de y para personas con discapacidad, que apoyan la implementación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.”*

Luego de tener claridad en estos conceptos, resulta interesante analizar la siguiente Sentencia C-076 de 2006 de la Honorable Corte Constitucional, indica que en el Estado Social las personas que pertenecen a minorías tradicionalmente discriminadas,

marginadas o a sectores que están en circunstancias de debilidad manifiesta tienen derecho a que el Estado remueva los obstáculos jurídicos que les impiden acceder en condiciones de igualdad al goce efectivo de sus derechos, promueva prácticas de inclusión social, y adopte medidas de diferenciación positiva para intentar, dentro de lo posible, la realización del principio de igualdad material.

Las obligaciones constitucionales del Estado colombiano en relación con las personas con discapacidad están claramente planteadas en la Constitución y han sido reiteradas ampliamente por la Corte Constitucional en su jurisprudencia⁶.

El Estado tiene el deber de remover las normas discriminatorias y abstenerse de establecer diferenciaciones fundadas en discapacidades físicas, sensoriales o cognitivas. Ésta obligación cubre, además del legislador, a los jueces y a la administración pública en todos sus niveles y manifestaciones así como a los particulares en general. El deber estatal de adoptar medidas de diferenciación positiva a favor de las personas con discapacidad se encuentra consagrado, entre otros, en el artículo 13 de la Constitución, según el cual *“es deber del Estado adoptar medidas a favor de las personas que por su condición física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta”*. A su vez, el artículo 47 establece que *“el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”*. Adicionalmente, el artículo 54 consagra como obligación del Estado, entre otras, *“garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud”*. El artículo 68 de la Constitución señala, entre otras cosas, que *“la educación de las personas con limitaciones físicas o mentales es una obligación especial del Estado”*. En otras palabras, La constitución Nacional le ordena al Estado tomar medidas en favor de *“aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta”*, precepto del que se deriva la posibilidad de tratar en forma privilegiada a estas personas, a través de medidas de diferenciación positiva.

4.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

4.2.1 Síntesis Histórica De La Seguridad Social En El Mundo. La seguridad social nace en Alemania como producto del proceso de industrialización, las fuertes luchas de los trabajadores, la presión de las iglesias, de algunos grupos políticos y sectores académicos de la época.

Primeramente los trabajadores se organizaron en asociaciones de autoayuda solidaria, destacando las mutuales de socorro mutuo, las cooperativas de consumo y los sindicatos. Eran los tiempos en que Alemania era gobernada por el káiser Guillermo II,

⁶ Sentencias C-076 del 2006, C-128 del 2002, C-156 del 2004 y C-410 de 2001 entre muchas otras citadas por CORREA, L. Panorama de la protección jurisprudencial a los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia. *Vniversitas*. 2009. (118): 115-139

como primer gran documento de compromiso social del estado, se caracteriza el mensaje imperial, del 17 de noviembre de 1821, anunciando protección al trabajador, en caso de perder su base existencial por enfermedad, accidente, vejez o invalidez total o parcial.

Impulsados por el canciller alemán Otto Von Bismarck (el canciller de hierro) son refrendadas tres leyes sociales, que representan hasta hoy, la base del sistema de seguridad social universal:

- seguro contra enfermedad. 1883
- seguro contra accidentes de trabajo. 1884
- seguro contra la invalidez y la vejez 1889

Los resultados de la aplicación de este modelo fueron tan eficaces que muy pronto es extendido a Europa y un poco mas tarde a otras partes del mundo.

4.2.2 Recuento Historico Normativo De La Seguridad Social En Colombia. A través de la ley 10 de 1990 “*por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*”, se abrió el camino a la Seguridad Social en Salud del país, al presentar el régimen de competencias, recursos y asignación de responsabilidades a los diferentes niveles de la Administración Pública, dejando otras al sector privado.

La Constitución Política de 1991 fortaleció la seguridad social en salud al darle el rango de derecho constitucional, el artículo 46 de la Constitución Política establece lo siguiente: “*el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.*”

El estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.”

A si mismo el artículo 48 de nuestra carta magna indica “*la seguridad social es un servicio publico de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley.*”

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El estado con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.”.

A través de la ley 100 de 1993 “*por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*” se integra al régimen de salud, la atención en materia de riesgos profesionales y la seguridad social en pensiones.

El artículo 1 del título preliminar de la ley 100 DE 1993 dice al tenor: 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.*

El sistema comprende las obligaciones del estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley u otras que se incorporen normativamente en el futuro.”

En este contexto, la Seguridad Social Integral se refiere al 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 comunidad⁷.

El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

Para la atención en salud, el sistema prevé:

- Un asegurador, llamado Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPS), que tiene a cargo el aseguramiento en salud de las familias; éste puede ser contributivo, para quienes pagan directamente o a través de sus empleos, o subsidiado, para aquellos que reciben los servicios de salud por cuenta del

⁷ Ley 100 de 1993

Estado. Existe otra población, que no se encuentra en ninguna de estas dos categorías, y hace referencia a la población vinculada, que recibe los servicios directamente del ente territorial.

- Las EPS ofrecen a los afiliados y beneficiarios distintas alternativas de prestadores de servicios, para permitir la libre escogencia.
- Un prestador de los servicios, que se refiere a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que pueden ser públicas y privadas. Las IPS son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud, y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios a través de las EPS.
- La dirección del sistema se encuentra a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), liderado por el Ministerio de Salud, bajo cuya responsabilidad se encuentra la de ser Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y la regulación de los aspectos relativos a los planes de beneficio, unidades de pago por capitación y demás normas que se requieran para el adecuado funcionamiento del sistema.

El SGSSS contempla los siguientes planes de beneficio:

- Plan de Atención Básica (PAB). A partir del 2007, en virtud de la Ley 1122 del mismo año, se construirá cada cuatrienio un plan nacional de salud pública, que reemplazará el PAB.
- Plan Obligatorio de Salud (POS)
- Planes complementarios
- Accidentes de trabajo y enfermedad profesional
- Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

La Ley 60 de 1993 “por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones” derogada por la ley 715 de 2001; “ por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo 01 de 2001) de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros.”

La ley 361 de 1997 “por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación en aspectos de rehabilitación, de integración laboral, de bienestar social, de accesibilidad, de eliminación de barreras arquitectónicas, de transporte y comunicaciones.”

La ley 546 de 1999 “por la cual se dictan normas en materia de vivienda y se dispone la obligatoriedad de disponer del 1% de las viviendas construidas para la población con limitaciones.”

La ley 762 de 2002 “por medio de la cual se aprueba la convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad” suscrita en la ciudad de Guatemala el 07 de junio de 1999.

La ley 776 de 2002” por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestación del sistema general de riesgos profesionales.”

La ley 797 de 2002 por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los regímenes pensionales exceptuados y especiales, donde las personas que padezcan una deficiencia física, psíquica o sensorial del 50% o mas, que cumplan 55 años de edad y que hayan cotizado en forma continua o discontinua 1000 o mas semanas al régimen de seguridad social, tienen derecho a optar por la pensión de vejez.

4.3 SERVICIOS DE SALUD ORIENTADOS A LA DISCAPACIDAD

El Gobierno Nacional orienta los esfuerzos a prevenir las principales causas de discapacidad en la población colombiana, con acciones tendientes a disminuir la violencia y promover la resolución pacífica de conflictos; reducir los accidentes de tránsito; evitar o detectar tempranamente la presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles en el embarazo, en el recién nacido y en los menores de cinco años, con estrategias como: vacunación, control prenatal, control de desarrollo y crecimiento, tamizajes para la detección de hipotiroidismo, alteraciones visuales, auditivas y nutricionales⁸.

Las acciones correspondientes se realizan a través de las entidades territoriales, en respuesta a lo estipulado en el Plan Nacional de Salud Pública y a los contenidos de los planes de beneficios de los sistemas generales de seguridad social en salud (POS y POS S) y riesgos profesionales.

El Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007-2010 propone una articulación de enfoques para reducir la carga de la enfermedad en Colombia y, por ende, la

⁸ Resolución 412 de 2000: guías y normas revisadas y actualizadas en el 2007

correspondiente a discapacidad, así como mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población colombiana.

Estos enfoques son: el enfoque poblacional, intervenciones en salud simples o combinadas, dirigidas a la población en general, que buscan modificar los riesgos en cada uno de los momentos del ciclo vital; el enfoque de determinantes, para intervenir los factores de riesgo ambiental, del comportamiento humano, de la herencia y de la respuesta de los servicios de salud, que sean modificables, y el enfoque de gestión social del riesgo, que busca disminuir riesgos en poblaciones específicas.

Para disminuir la incidencia de discapacidad en Colombia, disminuir las enfermedades no transmisibles y discapacidades, el PNSP propone tres líneas de política: promoción de la salud y calidad de vida; prevención de los riesgos, y recuperación y superación de los daños en la salud. De igual forma, promueve para este fin la importancia de la vigilancia en salud, la investigación, la actualización del talento humano.

En este contexto, las propuestas de discapacidad, desde el plan de salud pública, deben orientarse a la prevención de la discapacidad y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, tanto en el plan territorial de salud pública como en el plan de acciones colectivas.

La prevención de la discapacidad implica definir acciones que pretenden identificar, controlar, reducir o eliminar los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, tanto en el plano individual como en el colectivo, que se constituyen en potenciales causas de discapacidad.

- Desde la prevención primaria, los esfuerzos se deben orientar a atender las principales causas u orígenes; ellos tienen como fin evitar que la discapacidad se presente y se relacionan con procesos como:
 - Plan Ampliado de Inmunizaciones
 - Prevención de lesiones por causa externa (como quemaduras por pólvora y accidentes de tránsito).
 - Inmunización contra gripe en poblaciones de riesgo: personas mayores de 60 años y trabajadores de la salud.
- En la prevención secundaria se pretende identificar tempranamente los riesgos de una situación discapacitante. Entre las estrategias propuestas para este tipo de prevención se pueden citar:
 - Tamizaje visual, auditivo, oral y nutricional en población infantil

- Control prenatal
 - Control de desarrollo y crecimiento
 - Detección de condiciones genéticas o congénitas
 - Tamizaje para detección de población con hipertensión arterial o diabetes, entre otras
- La prevención terciaria busca maximizar la función y minimizar los efectos de detrimento de la enfermedad o daño; por ello, es indispensable:
 - Adecuación del entorno para lograr mayor autonomía y disminuir los riesgos de lesión.
 - Atención oportuna y adecuada por parte de los procesos de habilitación/rehabilitación incluidos en el POS.
 - Programas dirigidos a promover la autonomía funcional y social de personas con hipertensión arterial, diabetes, artritis y otras enfermedades musculoesqueléticas, principales causas de la discapacidad en Colombia.

El “Plan Obligatorio de Salud (POS) es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Régimen Contributivo, cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud a todos sus afiliados”⁹.

A través de este plan el Estado busca garantizar el ejercicio efectivo de todos los derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión¹⁰, además se hace referencia a cómo las entidades públicas del orden nacional, departamental, municipal, distrital y local, en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad, son responsables de la inclusión real y efectiva de las personas con discapacidad, debiendo asegurar que todas las políticas, planes y programas, garanticen el ejercicio total y efectivo de sus derechos¹¹. Para tal fin, las autoridades públicas deberán, entre otras, implementar las siguientes acciones:

- Adoptar las medidas necesarias para dar cumplimiento a las obligaciones adquiridas¹².

⁹ Acuerdo 008 de 1994

¹⁰ Título 3: Obligaciones del Estado y la Sociedad. Artículo 5°. Ley 1618 del 27 de Febrero de 2013

¹¹ De conformidad con el artículo 30 literal c), de Ley 1346 de 2009.

¹² según el artículo 4° de la Ley 1346 de 2009

- La Nación, los departamentos, distritos, municipios y localidades, de acuerdo con sus competencias, así como todas las entidades estatales de todos los órdenes territoriales, incorporarán en sus planes de desarrollo tanto nacionales como territoriales, así como en los respectivos sectoriales e institucionales, su respectiva política pública de discapacidad, con base en la Ley 1145 de 2007, con el fin de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, y así mismo, garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad y sus familias a los diferentes servicios sociales que se ofrecen al resto de ciudadanos.
- Asegurar que en el diseño, ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de sus planes, programas y proyectos se incluya un enfoque diferencial que permita garantizar que las personas con discapacidad se beneficien en igualdad de condiciones y en términos de equidad con las demás personas del respectivo plan, programa o proyecto.
- Incorporar en su presupuesto y planes de inversiones, los recursos necesarios destinados para implementar los ajustes razonables que se requieran para que las personas con discapacidad puedan acceder a un determinado bien o servicio social, y publicar esta información para consulta de los ciudadanos.
- Implementar mecanismos para mantener actualizado el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, integrados en el sistema de información de la protección social, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Tomar las medidas tendientes a incentivar y orientar las estrategias de cooperación internacional e inversión social privada para generar programas y proyectos tendientes a mejorar las condiciones de las personas con discapacidad, así como en la implementación de ajustes razonables y acciones de inclusión social de las personas con discapacidad, bajo la coordinación de la agencia colombiana de cooperación internacional o quien haga sus veces.
- Implementar los mecanismos necesarios para garantizar la participación plena de las personas con discapacidad en la formulación de las diferentes políticas públicas.
- Todos los Ministerios, en concordancia con la directriz del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, elaborarán un plan interinstitucional en un término no mayor a dos (2) años en el que, se determinen los recursos requeridos para la protección de los derechos de las personas con discapacidad. El gobierno Nacional apropiará los recursos necesarios en concordancia con el Acto Legislativo 03 de 2011.

- El Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, elaborarán anualmente los estudios económicos requeridos que permitan establecer progresivamente, en el marco fiscal de mediano plazo, los montos de los recursos necesarios a incluir dentro del presupuesto nacional destinados al cumplimiento de las políticas, planes, programas y proyectos que garanticen el ejercicio total y efectivo de los derechos de las personas con discapacidad¹³.
- Las entidades públicas del orden nacional, departamental, municipal, distrital y local incluirán en sus presupuestos anuales, en forma progresiva, en el marco fiscal a mediano plazo, las partidas necesarias para hacer efectivas las acciones contenidas en favor del ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
- El Ministerio del Interior, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, y el Ministerio de Trabajo, o quienes hagan sus veces dispondrán los mecanismos necesarios para la integración de un Consejo para la Inclusión de la Discapacidad.
- El Departamento nacional de Planeación -DNP adoptará las medidas pertinentes para que cuando las familias tengan una o varias personas con discapacidad, el puntaje en la clasificación socioeconómica esté acorde al tipo de discapacidad y al grado de deficiencia otorgado por la instancia autorizada, con el fin de que se facilite el registro de estos grupos familiares en el SISBEN y en consecuencia el acceso a los programas sociales.
- Las administraciones territoriales deben incluir en sus planes de desarrollo acciones para fortalecer el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad -RLCPCD, integrado al Sistema de Información de la Protección Social -SISPRO, e incorporar la variable discapacidad en los demás sistemas de protección social y sus registros administrativos.

Pero es Estado no es el único que debe velar para que se garantice el acceso a la salud a las personas con discapacidad, también se requiere que la sociedad participe de manera activa, por esto se contemplan como deberes de la sociedad¹⁴; y no sólo de la sociedad sino también de la familia, las empresas privadas, las ONGs y los gremios:

- Integrar las veedurías locales y municipales.

¹³ En concordancia con las obligaciones adquiridas por Colombia en los numerales 1° literal a, y 2°, del artículo 4, Ley 1346 de 2009.

¹⁴ Título 3: Obligaciones del Estado y la Sociedad. Artículo 6°. Ley 1618 del 27 de Febrero de 2013

- Las empresas, los gremios, las organizaciones no gubernamentales, las cámaras de comercio, los sindicatos y organizaciones de personas con discapacidad, integrarán el Consejo para la Inclusión de la Discapacidad, que para el efecto se crea en el numeral 11 del artículo 5°. Este consejo tendrá como fin coordinar las acciones que el sector privado adelante con el fin de coadyuvar al ejercicio de los derechos y la inclusión de las personas con discapacidad.
- Promover, difundir, respetar y visibilizar el ejercicio efectivo de todos los derechos de las personas con discapacidad.
- Asumir la responsabilidad compartida de evitar y eliminar barreras actitudinales, sociales, culturales, físicas, arquitectónicas, de comunicación, y de cualquier otro tipo, que impidan la efectiva participación de las personas con discapacidad y sus familias.
- Participar en la construcción e implementación de las políticas de inclusión social de las personas con discapacidad.
- Velar por el respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad.
- Denunciar cualquier acto de exclusión, discriminación o segregación contra las personas con discapacidad.

Es así como el plan obligatorio de salud (POS) permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad.

Los planes de beneficios tendrán cobertura familiar. Y serán beneficiarios del sistema él (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado, cuya unión sea superior a dos años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de este; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.

La prestación de servicios dentro del POS se hace según lo dispuesto en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos¹⁵ y en los acuerdos aclaratorios para tal fin.

¹⁵ Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994

Es importante mencionar que el derecho a la salud de las personas con discapacidad está contemplado¹⁶ como *“Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud”*,¹⁷ Para esto se adoptarán las siguientes medidas:

- El Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, deberá: a) Asegurar que el Sistema General de Salud en sus planes obligatorios, Plan Decenal de Salud, Planes Territoriales en Salud, y en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, garantice la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud, así como el suministro de todos los servicios y ayudas técnicas de alta y baja complejidad, necesarias para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad con un enfoque diferencial, y desarrollo de sus actividades básicas cotidianas; b) Asegurar que los programas de salud pública establezcan acciones de promoción de los derechos de las personas con discapacidad desde la gestación, así como el desarrollo de estrategias de prevención de factores de riesgo asociados a la discapacidad que no afecten la imagen y la dignidad de las personas que ya se encuentran en dicha situación; c) Asegurar que los programas de salud sexual y reproductiva sean accesibles a las personas con discapacidad; d) Desarrollar políticas y programas de promoción y prevención en salud mental y atención psicosocial para la sociedad; e) Promover el sistema de registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad y sus familias, e incorporar la variable discapacidad en los demás sistemas de protección social y sus registros administrativos; f) Asegurar que el Sistema de Prevención y Atención de Desastres y Ayuda Humanitaria, diseñe lineamientos y acciones de atención para asistir en igualdad de condiciones a las personas con discapacidad en situaciones de desastres y emergencia humanitaria; g) En el marco del Plan Decenal de Salud adoptará medidas tendientes a prevenir la discapacidad congénita, lesiones y accidentes; h) Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, en sus planes de desarrollo de salud y salud pública, incluirán un capítulo en lo relacionado con la discapacidad;
- Las entidades prestadoras de servicios de salud deberán: a) Garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios; b) Deberán establecer programas de capacitación a sus profesionales y empleados para favorecer los procesos de inclusión de las personas con discapacidad; c) Garantizar los servicios de salud en los lugares más cercanos posibles a la residencia de la persona con discapacidad, incluso en las zonas rurales, o en su defecto, facilitar el desplazamiento de las personas con discapacidad y de su acompañante; d)

¹⁶ Título 4: Medidas para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad. Artículo 10°. Ley 1618 del 27 de Febrero de 2013

¹⁷ En concordancia con el artículo 25 de la Ley 1346 de 2009.

Establecer programas de atención domiciliaria para la atención integral en salud de las personas con discapacidad; e) Eliminar cualquier medida, acción o procedimiento administrativo o de otro tipo, que directa o indirectamente dificulte el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad; f) Brindar la oportunidad de exámenes médicos que permitan conocer el estado del feto en sus tres primeros meses de embarazo, a madres de alto riesgo, entendiendo por alto riesgo madres o padres con edad cronológica menor a 17 años o mayor a 40 años. Madres o padres con historia clínica de antecedentes hereditarios o en situaciones que el médico tratante lo estime conveniente.

- La Superintendencia Nacional de Salud, las direcciones territoriales de Salud y los entes de control, deberán estipular indicadores de producción, calidad, gestión e impacto que permite medir, hacer seguimiento a la prestación de los servicios de salud, a los programas de salud pública y a los planes de beneficios, que se presten y ofrezcan para las personas con discapacidad e incorporar en el programa de auditorías para el mejoramiento de la calidad -PAMEC, los indicadores de discapacidad y de esta forma 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.

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.

Las acciones, actividades y procedimientos dirigidos a la atención de la discapacidad están a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, para los afiliados al régimen contributivo y subsidiado, según sea el caso. Para la población de participantes vinculados, estarán a cargo de las secretarías de salud territoriales. Según el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994, las actividades para la atención a la discapacidad y la rehabilitación contempladas dentro del POS, se encuentran definidas según niveles de complejidad, así como el tipo de intervención. Se presentan en listados los procedimientos diagnósticos y terapéuticos pertenecientes a los diferentes niveles de complejidad. También se establecen actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación, como: electromiografía, neuroconducción, neuroconducción comparativa, test de Lambert, reflejo trigémino facial, reflejo h.f. palpebral, potenciales evocados (visual, auditivo o somatosensorial), test de fibra única, bio-feed-back, estimulación eléctrica transcutánea, fenalizaciones o neulolisis de punto motor o nervio periférico, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia para rehabilitación cardíaca, estimulación temprana; terapia respiratoria: higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión,

drenaje y ejercicios respiratorios), inhaloterapia, sesión (nebulizador ultrasónico o presión positiva intermitente), test con tensilón, electromiografía laríngea, cita control con terapia.

En el artículo 12 del mismo manual, bajo el título “utilización de prótesis, órtesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para algunas funciones biológicas”, se definen como elementos de este tipo aquellos cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física de la persona.

Cuando la persona requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios, se darán en calidad de préstamo, con el compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal; en caso contrario, deberán restituirlos en dinero por su valor comercial.

El párrafo de este mismo artículo dice: “se suministran prótesis, órtesis y otros: marcapasos, prótesis valvulares y articulares y material de osteosíntesis, siendo excluidas todas las demás. En aparatos ortopédicos se suministrarán muletas y estructuras de soporte para caminar, siendo excluidos los zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas, medias con gradiente de presión o de descanso, corsés, fajas y todos los que no estén expresamente autorizados”.

Con todo ello, queda claro que las acciones para promover la capacidad y habilidad de las personas y grupos familiares, quienes se encuentren afectados, hacen parte del POS.

El Sistema General de Riesgos Profesionales se define como: “El conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan”¹⁸.

Los trabajadores que sufran un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tienen derecho a un paquete de prestaciones de salud por parte de la ARP, que incluyen:

- Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- Servicios de hospitalización.
- Servicio odontológico.
- Suministro de medicamentos.
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

¹⁸ Decreto Ley 1295 del 22 de junio de 1994

- Prótesis, órtesis, su reparación y su reposición sólo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de la rehabilitación se recomiende.
- Rehabilitación física y profesional.
- Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

Estas acciones se encuentran a cargo de la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), para su población afiliada. Estos servicios los puede prestar directamente o a través de la EPS.

En los Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, se incluye la atención en los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos; los afiliados al SGSSS tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente, y por muerte, gastos funerarios y de transporte al centro asistencial.

De conformidad con el Decreto 3990 de octubre de 2007, por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas; las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT), y se dictan otras disposiciones; en él, además, en el capítulo IV, se hace explícito el tema del suministro de prótesis para los casos objeto de esta norma.

Los Planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, son financiados en su totalidad por el afiliado, con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias, uno de los más importantes aportes en la nueva concepción de la discapacidad, es entenderla como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y aquellas barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás¹⁹”.

La discapacidad se afecta con la exclusión, es más recurrente dentro de hogares en condiciones de pobreza, las barreras de la discapacidad se relacionan estrechamente con las categorías de la pobreza y la marginalidad.

¹⁹ NACIONES UNIDAS, Asamblea General. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Diciembre 6 de 2006. Pág. 2

La exclusión en Capital Humano, es componente fundamental de la exclusión social, se entiende como la negación de los derechos para satisfacer necesidades de salud y educación, desde la afiliación al sistema de seguridad social vigente y el acceso a los servicios de atención médica y de rehabilitación con oportunidad y calidad, igualmente el acceso, permanencia y provecho en el sistema educativo.

La exclusión se entiende como fenómeno multidimensional, que no solamente hace referencia a la negación de acceso a bienes y servicios producidos por una sociedad, sino que se hace visible mediante la marginación y la segregación de cualquier tipo. El acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud no es sólo un derecho humano fundamental y la base para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales, es también junto al derecho de la educación un elemento primordial para la construcción de Capital Humano.

Se requiere que los bienes, servicios y oportunidades de salud sean distribuidos de tal manera que las personas alcancen y conserven un estado de salud que permita generar y mantener el tejido social y la plataforma productiva²⁰.

Según la investigación realizada por Gómez²¹ en el año 2010, Al tomar como insumo la información del Registro, las personas que se consideran excluidas del derecho a la salud, son aquellas que cumplen alguna de las siguientes reglas:

- No estaban asistiendo al servicio de rehabilitación y tampoco le ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes.
- No estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no usan las ayudas especiales, no están afiliados a salud y usan medicamentos permanentes.
- No estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, le ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos especiales, no usan ayudas especiales, prótesis o medicamentos especiales, no están afiliados a salud, no usan medicamentos permanentes, no han recibido atención general en salud en el último año y él y su familia recibieron orientación sobre el manejo de su discapacidad.
- No estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, no les ordenaron rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están usando las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están afiliados a salud, si han recibido

²⁰ CASTRO, Juan. Reflexiones conceptuales sobre la promoción de la salud. 2001. pág. 6.

²¹ GÓMEZ, Julio. Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en Capital Humano. Bogotá. 2010. Colombia Líder. Fundación Saldarriaga Concha

atención general en salud en el último año y él o su familia no han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad.

- No les ordenaron rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no usan las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están afiliados a salud, no han recibido atención general en salud en el último año y él o su familia no ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad.
- No estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no usan las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están afiliados a salud, no les ordenaron medicamentos permanentes, no han recibido atención general en salud en el último año, y él o su familia no han recibido orientación sobre el manejo.

Para hablar de discapacidad es necesario revisar conceptualmente las posturas bajo las cuales se entiende el concepto, y de ello depende la forma como se organiza la respuesta. La discapacidad implica revisar diferentes propuestas que aportan a su comprensión, las cuales tienen como soporte los aportes de Turnbull & Matthew (2001)²² y de Barton (2001)²³, donde se identifican perspectivas políticas, éticas, antropológicas, filosóficas y tecnológicas. En este contexto, la discapacidad se asocia con una condición que genera discriminación, con el valor de la vida de las personas, con la construcción social o con un asunto relacionado con las capacidades y habilidades, lo que traduce la discapacidad en un asunto complejo (García, S., 2007)²⁴. En este orden de ideas, tratándose de los lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad, es necesario acogerse a la definición propuesta por la OMS en la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF, 2001)²⁵.

En este sentido, los procesos salud-enfermedad son los que se refieren a las deficiencias y tienen que ver con la estructura o la función corporal (ver tabla 2). Las deficiencias están clasificadas por la CIE, 10 (clasificación internacional de las enfermedades en la versión diez). Entonces, los orígenes de la discapacidad tienen que ver con las dificultades presentadas a nivel de las estructuras y funciones corporales. Por ello, la atención oportuna y adecuada de las deficiencias es un factor preponderante en la disminución o no presencia de una discapacidad.

²² Citado por CARRASQUILA y Otros. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Bogotá. 2009. Fundación Saldarriaga Concha. Fundación Santa Fé de Bogotá.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

Tabla 2. Estructura y función corporal definidas por la CIF

ESTRUCTURAS	FUNCIONES
Estructura del sistema nervioso	Funciones mentales
El ojo, el oído y estructuras relacionadas	Funciones sensoriales y dolor
Estructuras relacionadas con la voz y el habla	Funciones de la voz y el habla
Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, endocrinológico y metabólico	Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino
Estructuras relacionadas con los sistemas urogenital y reproductivo	Funciones genitourinarias y reproductoras
Estructuras relacionadas con el movimiento	Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento
Piel y estructuras relacionadas	Funciones de la piel y estructuras relacionadas

Fuente. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)

A su vez, las limitaciones se manifiestan en las actividades de la vida diaria, las cuales se agrupan de la siguiente manera²⁶:

- Aprendizaje y la aplicación del conocimiento
- Tareas y demandas generales
- Comunicación
- Movilidad
- Cuidado personal

²⁶ CARRASQUILA y Otros. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Bogotá. 2009. Fundación Saldarriaga Concha. Fundación Santa Fé de Bogotá.

- Vida doméstica
- Interacciones y relaciones interpersonales
- Áreas principales de la vida (educación, empleo y economía)
- Vida comunitaria, social y cívica

Las limitaciones pueden estar relacionadas con la capacidad de las personas para ejecutar una actividad o con la posibilidad de participación en la ejecución de esta actividad; esta es la condición que marca el grado de severidad de la discapacidad (ver tabla 3). En este sentido, la posibilidad de participación está dada por los apoyos que ofrezca el entorno para su desarrollo.

Tabla 3. Grados de discapacidad, según capacidad de ejecución y posibilidad de participación

GRADO DE DISCAPACIDAD	ACTIVIDAD	PARTICIPACIÓN
Severo	Ninguna o mínima capacidad de ejecución de actividades de la vida diaria (AVD). Totalmente dependiente, requiere siempre de apoyos.	No cuenta con facilitadores para AVD.
Moderado	Algunas capacidades de ejecución de AVD. Semidependiente, requiere algunos apoyos.	Cuenta algunas veces con facilitadores para AVD.
Leve	Capacidad de ejecución de la mayoría de las AVD. Ocasionalmente requiere apoyos.	Cuenta con facilitadores para AVD.

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de política de habilitación y rehabilitación integral. Bogotá, 2004.

4.4 DISCAPACIDAD VISUAL

Teniendo en cuenta las cifras de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la ceguera y discapacidad visual²⁷, en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegos y 246 millones presentan baja visión. Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo. En términos mundiales, los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual,

²⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva 282. Junio de 2012

pero en los países de ingresos medios y bajos las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera. El número de personas con discapacidades visuales atribuibles a enfermedades infecciosas ha disminuido considerablemente en los últimos 20 años y por último el 80% del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar.

Con arreglo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006)²⁸, la función visual se subdivide en cuatro niveles: Visión normal; discapacidad visual moderada; discapacidad visual grave y ceguera. La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término “baja visión”; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

Dentro de las principales causas de discapacidad visual se encuentran: Los errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos: 43%; las cataratas: 33%; el glaucoma: 2%. Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo, en personas de 50 años o mayores. Alrededor de un 65% de las personas con discapacidad visual son mayores de 50 años, si bien este grupo de edad apenas representa un 20% de la población mundial. Con el creciente envejecimiento de la población en muchos países, irá aumentando también el número de personas que corren el riesgo de padecer discapacidades visuales asociadas a la edad. Se estima que el número de niños con discapacidad visual asciende a 19 millones, de los cuales 12 millones la padecen debido a errores de refracción, fácilmente diagnosticables y corregibles. Unos 1,4 millones de menores de 15 años sufren ceguera irreversible²⁹.

En términos generales, las tasas mundiales de discapacidad visual han disminuido desde comienzos de los años noventa, y ello pese al envejecimiento de la población en el mundo entero. Esa disminución es principalmente el reflejo de una actuación concertada de salud pública destinada a reducir las discapacidades visuales causadas por enfermedades infecciosas. En términos mundiales, el 80% de los casos de discapacidad visual son prevenibles o curables. En los últimos 20 años, se han alcanzado mejoras en esferas como las que siguen³⁰:

- Implantación, por los gobiernos, de programas para la prevención y el control de la discapacidad visual;

²⁸ Citado por ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva 282. Junio de 2012

²⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva 282. Junio de 2012

³⁰ Ibid.

- Incorporación paulatina de los servicios de oftalmología en los sistemas de atención primaria y secundaria, con énfasis en la prestación de servicios accesibles, asequibles y de alta calidad;
- Organización de campañas de sensibilización, por ejemplo en el marco de la educación escolar;
- Fortalecimiento de los lazos de asociación internacionales, con la participación del sector privado y la sociedad civil.

Según se desprende de los datos correspondientes a los últimos 20 años, se han logrado en muchos países notables progresos, en lo que respecta a la prevención y el tratamiento de las discapacidades visuales. Se observa asimismo una drástica reducción de la ceguera relacionada con la oncocercosis, fruto de la importante disminución de la carga de morbilidad asociada a esta enfermedad. Estos logros se han obtenido gracias a una serie de alianzas internacionales muy fructíferas. Cabe citar a modo de ejemplos concretos el caso de Ghana y Marruecos, que han notificado la eliminación del tracoma (en 2010 y 2007, respectivamente). El Brasil viene facilitando desde hace más de diez años servicios de atención oftalmológica a través del sistema nacional de seguridad social. Desde 2009, China ha invertido más de 100 millones de dólares en intervenciones de cataratas. En el último decenio, Omán ha integrado plenamente la prestación de servicios de oftalmología dentro del sistema de atención primaria, y la India, viene asignando desde 1995 fondos a la prestación de servicios de atención oftalmológica para las personas más pobres, a nivel de distrito³¹.

La OMS coordina las iniciativas internacionales en favor de la reducción de las discapacidades visuales. Su función consiste en: Elaborar políticas y estrategias para la prevención de la ceguera; proporcionar asistencia técnica a los Estados Miembros y los asociados; hacerse cargo de la labor de evaluación y seguimiento de los programas; coordinar las alianzas internacionales. La OMS aprobó en 2009 el *Plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual, 2009-2013*, a modo de hoja de ruta para los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS y los asociados internacionales. La labor de la OMS en este ámbito se centra en reforzar los esfuerzos desplegados a nivel nacional y de países para la eliminación de la ceguera evitable, ayudar a los dispensadores nacionales de atención sanitaria a tratar las enfermedades oculares, ampliar el acceso a los servicios oftalmológicos y expandir las intervenciones de rehabilitación para personas con discapacidad visual residual. Se otorga especial importancia a la creación y el fortalecimiento de los sistemas de salud³².

³¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva 282. Junio de 2012

³² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva 282. Junio de 2012

La OMS dirige una alianza internacional integrada por gobiernos, representantes del sector privado y organizaciones de la sociedad civil que persigue la eliminación mundial del tracoma causante de ceguera para 2020. En 2004 la OMS inició una colaboración con la Asociación Internacional de los Clubes de Leones para crear una red mundial formada por 35 centros, de 30 países, dedicados a la lucha contra la ceguera infantil. En estos centros, se ha atendido ya a más de 100 millones de niños, que han podido conservar o recuperar la vista gracias a intervenciones quirúrgicas o de salud pública. En respuesta a la creciente carga de enfermedades oculares crónicas, la OMS ha empezado a elaborar una serie de medidas y directrices referidas a la retinopatía diabética, el glaucoma, la degeneración macular asociada a la edad y los errores de refracción³³.

La “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”. Define la discapacidad de la siguiente forma:

- **Artículo 1. El “termino discapacidad”** significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o mas actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”

Según el artículo séptimo del manual único de calificación de invalidez la discapacidad en Colombia es definida de la siguiente forma.

- **Artículo 7. “Criterios Para La Calificación Integral De Invalidez.** Para efectos de la calificación integral de invalidez se tendrán en cuenta los componentes funcionales biológico, psíquico y social del ser humano, entendidos en términos de las consecuencias de la enfermedad, el accidente o la edad, y definidos de la siguiente manera:

- **Discapacidad:** se entiende por discapacidad toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos. Representa la objetivación de la deficiencia y por tanto, refleja alteraciones al nivel de la persona.”

La ley 1618 de 2013 en su artículo 2 define la discapacidad de la siguiente forma:

³³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva 282. Junio de 2012.

- **Artículo 2. Personas con y/o en situación de discapacidad:** *“aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”*

5. MARCO CONCEPTUAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 37 millones de personas son ciegas y 124 millones tienen visión baja; así que, más de 161 millones de sujetos alrededor del mundo experimentan serias deficiencias visuales. En Colombia según el Censo del año 2005, se cuenta con 41.468.384 habitantes de los cuales 1.134.085 correspondiente al 2.73 %, quienes presentan dificultades para ver y 748.820 correspondiente a 1.80 % no saben si las presentan. El mayor reporte de dificultades corresponde al Departamentos de Santander y Cauca, en el grupo etáreo de 50 a 60 años, siendo también los 40 años en adelante, el periodo más crítico en cuanto a afecciones relacionadas con la salud visual³⁴.

Desde los años 90 la evaluación de impacto en salud EIS está estrechamente relacionada con el impacto medio ambiental y el enfoque comunitario, lo que la hace adecuada para el trabajo intersectorial en salud. La Organización Mundial de la Salud, define la evaluación del impacto en salud como “una combinación de procedimientos, métodos e instrumentos que permiten juzgar los posibles efectos de una política, un programa o un proyecto en la salud de la población, y la distribución de los potenciales efectos dentro de ella³⁵”

La evaluación del impacto en salud es un proceso multidisciplinario que combina evidencias cualitativas y cuantitativas en un marco de toma de decisiones y está basada en un modelo de salud que incluye los determinantes económicos, políticos, sociales, psicológicos y ambientales de la salud. Es decir, las intervenciones con un impacto real en la salud de la población deben tener un enfoque global y ser de nivel estructural, con medidas de salud pública decididas a nivel político, por lo que los responsables de poner en marcha esas medidas deben implicarse en el proceso de toma de decisiones y en la posterior evaluación de su efectividad. Para poder realizar evaluación de impacto en salud, es necesario facilitar la integración entre los datos existentes para realizar el diagnóstico inicial y poder investigar a posteriori los efectos de las medidas políticas llevadas a cabo. De esta manera será posible monitorizar los efectos sobre la salud que

³⁴ ROBAYO et al. Evaluación del impacto de los programas públicos de salud visual en diez departamentos de Colombia. Convenio interinstitucional suscrito entre la Universidad Santo Tomás y el Instituto Nacional para Ciegos (INCI). Convenio específico 005-2009. 2009.

³⁵ SANDÍN & SARRÍA. 2008 citado por ROBAYO et al. Evaluación del impacto de los programas públicos de salud visual en diez departamentos de Colombia. Convenio interinstitucional suscrito entre la Universidad Santo Tomás y el Instituto Nacional para Ciegos (INCI). Convenio específico 005-2009. 2009

tengan las acciones identificadas en la evaluación de impacto en salud, maximizando sus potenciales efectos positivos y evitando los posibles efectos negativos³⁶.

Al analizar los efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud, en el año 2000, se evidenció que a partir de 1990, las autoridades colombianas formularon e organizaron políticas que condujeron a la introducción de regulaciones explícitas en la operación del mercado de salud. Estas regulaciones, definieron nuevas reglas de juego que afectaron profundamente la organización y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)³⁷. Las nuevas regulaciones, fueron diseñadas e instrumentadas dentro de un ambiente más amplio de política social y económica, que buscaba fortalecer el crecimiento de la economía, estimulando la apertura y la globalización de los mercados de bienes y servicios; y a la vez, una mejor redistribución del gasto social hacia los grupos más pobres y vulnerables de la población, tradicionalmente marginados de los beneficios del desarrollo. Específicamente, con el fin de garantizar una distribución más equitativa de los recursos de salud en la población, entre otros objetivos, las autoridades colombianas diseñaron e implementaron un régimen regulatorio mixto. Este régimen incorporó una mezcla de instrumentos y herramientas públicas y privadas, como los subsidios, la descentralización de la administración pública, la afiliación obligatoria, los controles a la utilización y a la demanda discrecional de servicios, un paquete universal de servicios, la competencia y la modernización institucional.

Según se estableció con respecto a la equidad en el acceso a los servicios de salud³⁸, la cobertura en la afiliación a la seguridad social en salud aumentó sustancialmente del 23% al 57%, entre 1993 y 1997, respectivamente. El incremento observado en la cobertura del SGSSS benefició a las personas en todos los deciles de ingreso del hogar, pero, fue mucho más dramático en el primer decil de ingresos, en donde la cobertura pasó del 3,1 % al 43,7 %, entre 1993 y 1997, respectivamente; aunque persiste un gradiente positivo en el comportamiento de la cobertura con respecto al decil de ingresos de los hogares, la pendiente fue mucho menos pronunciada durante 1997, en comparación con 1993. Este hecho, se expresa claramente en el comportamiento observado en el índice de concentración, durante el mismo período de tiempo: se redujo a la mitad, de 0,34 a 0,17. Adicionalmente, refleja la efectividad de los instrumentos

³⁶ ROBAYO et al. Evaluación del impacto de los programas públicos de salud visual en diez departamentos de Colombia. Convenio interinstitucional suscrito entre la Universidad Santo Tomás y el Instituto Nacional para Ciegos (INCI). Convenio específico 005-2009. 2009

³⁷ CÉSPEDES et al. *Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud*. Salud Pública. Volumen 2. Número 2. 2000. Pág. 145 – 164

³⁸ CÉSPEDES et al. *Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud*. Salud Pública. Volumen 2. Número 2. 2000. Pág. 145 – 164

regulatorios puestos en marcha a partir de 1994, para focalizar hacia los segmentos más pobres y vulnerables de la población, los recursos destinados a subsidiar la afiliación a la seguridad social.

Entre las personas no afiliadas a la seguridad social en salud, la causa más frecuente para no utilizar los servicios de salud fue la falta de dinero; en cambio, entre las personas que sí lo están, la causa más frecuente fue la falta de gravedad en el caso de enfermedad, seguida por la falta de dinero; la persistencia de la falta de dinero como causa importante para no utilizar los servicios de salud (inclusive entre la población asegurada), plantea dudas sobre los posibles efectos que puedan estar teniendo las cuotas moderadoras y copagos; estas herramientas, hacen parte de los mecanismos puestos en marcha para controlar los costos derivados del efecto de riesgo de riesgo moral, pero podrían estar restringiendo el acceso a los servicios más allá de lo deseado.

Con respecto a la equidad en la utilización de servicios de salud³⁹ la utilización de servicios hospitalarios y de salud registraron tasas superiores, entre la población asegurada con respecto a la que no lo estaba, en el corte de 1997. En cambio, el índice de concentración para utilización de servicios de salud aumentó de 0,056 a 0,091, durante el mismo período de tiempo, lo cual indica un efecto negativo sobre la equidad en la utilización de servicios. Esto se explicaría debido a que los servicios de salud ambulatorios (en general) son más elásticos a la influencia de variables socio-económicas. La persistencia de inequidades en la utilización de servicios en contra de los segmentos de población de más bajos ingresos, a pesar de estar afiliados a la seguridad social, sugiere varias explicaciones que deben ser evaluadas con mayor precisión en futuras investigaciones.

La reforma colombiana ha sido considerada como una experiencia exitosa en la mejora del acceso por el incremento de la cobertura de la afiliación. No obstante, la afiliación a un seguro no es equivalente a acceso adecuado. En este sentido, al parecer, no hay un aumento en la utilización de servicios (salvo en el régimen subsidiado), así como también muestran la persistencia de barreras que dificultan el acceso, incluso para la población asegurada⁴⁰.

En cuanto al acceso y la accesibilidad⁴¹ y como manifestación directa de la igualdad material y con el objetivo de fomentar la vida autónoma e independiente de las personas con discapacidad, las entidades del orden nacional, departamental, distrital y local

³⁹ CÉSPEDES et al. *Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud*. Salud Pública. Volumen 2. Número 2. 2000. Pág. 145 – 164

⁴⁰ VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

⁴¹ Título 4: Medidas para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad. Artículo 14°. Ley 1618 del 27 de Febrero de 2013

garantizarán el acceso de estas personas, en igualdad de condiciones, al entorno físico, al transporte, a la información y a las comunicaciones, incluidos los sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, el espacio público, los bienes públicos, los lugares abiertos al público y los servicios públicos, tanto en zonas urbanas como rurales. Para garantizarlo se adoptarán las siguientes medidas⁴²:

- Corresponde a las entidades públicas y privadas encargadas de la prestación de los servicios públicos, de cualquier naturaleza, tipo y nivel, desarrollar sus funciones, competencias, objetos sociales, y en general, todas las actividades, siguiendo los postulados del diseño universal, de manera que no se excluya o limite el acceso en condiciones de igualdad, en todo o en parte, a ninguna persona en razón de su discapacidad. Para ello, dichas entidades deberán diseñar, implementar y financiar todos los ajustes razonables que sean necesarios para cumplir con los fines del artículo 9° de la Ley 1346 de 2009.
- El servicio público del transporte deberá ser accesible a todas las personas con discapacidad. Todos los sistemas, medios y modos en que a partir de la promulgación de la presente ley se contraten deberán ajustarse a los postulados del diseño universal. Aquellos que funcionan actualmente deberán adoptar planes integrales de accesibilidad que garanticen un avance progresivo de estos postulados, de manera que en un término de máximo 10 años logren niveles que superen el 80% de la accesibilidad total. Para la implementación de ajustes razonables deberán ser diseñados, implementados y financiados por el responsable de la prestación directa del servicio.
- Las entidades municipales y distritales, con el apoyo del gobierno departamental y nacional, y respetando la autonomía de cada región, deberán diseñar, en un término no mayor a 1 año, un plan de adecuación de vías y espacios públicos, así como de accesibilidad al espacio público y a los bienes públicos de su circunscripción. En dicho plan deberán fijarse los ajustes razonables necesarios para avanzar progresivamente en la inclusión de las personas con discapacidad, establecer un presupuesto y un cronograma que, en no más de 10 años, permita avanzar en niveles de accesibilidad del 80% como mínimo. Dicho plan deberá fijar los criterios de diseño universal que deberán ser acatados en todas las obras públicas y privadas de la entidad pública a partir de su adopción.
- Implementar las medidas apropiadas para identificar y eliminar los obstáculos y para asegurar la accesibilidad universal de todas las personas con discapacidad al ambiente construido, transporte, información y comunicación, incluyendo las tecnologías de información y comunicación y otros servicios, asegurando las

⁴² Las disposiciones del presente artículo se implementarán en concordancia con la Ley 1287 de 2009 y las demás normas relacionadas con la accesibilidad de la población con discapacidad

condiciones para que las personas con discapacidad puedan vivir independientemente.

- Dar efectivo cumplimiento a la normativa sobre accesibilidad en la construcción o adecuación de las obras que se ejecuten sobre el espacio público y privado, que presten servicios al público debiendo cumplir con los plazos señalados.
- Asegurar que todos los servicios de baños públicos sean accesibles para las personas con discapacidad.
- Todas las entidades públicas o privadas atenderán de manera prioritaria a las personas con discapacidad, en los casos de turnos o filas de usuarios de cualquier tipo de servicio público o abierto al público.
- El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, o quien haga sus veces, deberá establecer un mecanismo de control, vigilancia y sanción para que las alcaldías y curadurías garanticen que todas las licencias y construcciones garanticen la accesibilidad de las personas con discapacidad. Así mismo, establecerá medidas de coordinación interinstitucional para que las entidades territoriales garanticen rutas y circuitos accesibles para las personas con discapacidad, articulados con los paraderos y demás sistemas de transporte local.
- Las entidades de educación superior adecuarán sus campus o instalaciones para garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad.
- Los teatros, auditorios, cines y espacios culturales destinados para eventos públicos, adecuarán sus instalaciones para garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad.
- Dar efectivo cumplimiento a la normativa sobre accesibilidad en escenarios deportivos, recreativos y culturales en la construcción o adecuación de las obras existentes o por realizar.

Entre los factores que incapacitan el acceso a la salud, están los relacionados con las características de la población y se destacan el nivel socioeconómico y el lugar de residencia, fuentes importantes de desigualdades en el acceso. La barrera económica sigue apareciendo como una de las causas principales para no utilizar los servicios entre la población no asegurada y la del régimen subsidiado, lo cual muestra fallos en la protección financiera⁴³ del seguro subsidiado. En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios, los estudios apuntan dificultades relacionadas con la accesibilidad geográfica de los servicios y con elementos organizativos como los trámites

⁴³ FIGUERAS et al. citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención. Llama la atención que la barrera geográfica y la calidad surjan como causa del no uso de servicios entre los asegurados. La primera podría reflejar deficiencias importantes en la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras⁴⁴, así como la concentración de los prestadores privados en determinadas áreas - con niveles socioeconómicos más elevados y urbanos⁴⁵. La mala calidad como causa creciente del no uso podría estar relacionada también con las dificultades al acceso que imponen las aseguradoras y los proveedores en un modelo de competencia regulada, puesto que dentro de esta variable los estudios incorporan atributos como la realización de trámites o el rechazo de la atención⁴⁶.

La falta de estudios que profundicen en los factores que influyen en los accesos respecto al contexto –políticos y característicos de servicios y aseguradores-. Investigaciones desarrolladas en sistemas de salud con modelos de competencia regulada muestran cómo elementos organizativos característicos de este modelo, como el uso de mecanismos de control de la atención por parte de las aseguradoras, influyen de forma determinante en el uso de los servicios⁴⁷. Por otro lado, la evaluación del impacto de la reforma sobre la utilización se ha concentrado en el contacto inicial con los servicios. Sin embargo, para evaluar si los individuos tienen acceso a la atención apropiada se requiere además analizar si los individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez están dentro del sistema⁴⁸.

La revisión de los estudios de acceso en Colombia muestra debilidades también en las fuentes de información utilizadas. Muchos de los estudios se basan en las Encuestas de Calidad de Vida⁴⁹, con importantes limitaciones: las razones de no uso se incorporan para complementar la evaluación de la calidad de los servicios, no para evaluar el acceso por sí mismo⁵⁰; los motivos de no uso son una lista cerrada de opciones excluyentes⁵¹, a pesar de que en el acceso a los servicios de salud pueden aparecer simultáneamente

⁴⁴ VARGAS citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

⁴⁵ VARGAS citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

⁴⁶ DANE. Encuesta de Calidad de Vida citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

⁴⁷ CHRISTIANSON Y SIMONET citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

⁴⁸ GOLD citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

⁴⁹ DANE. Encuesta de Calidad de Vida citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

⁵⁰ VELANDIA citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

⁵¹ VELANDIA citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

barreras de distinto tipo, y poco exhaustiva en los determinantes del acceso relacionadas con la población (actitudes, conocimientos, etc.) con la oferta (horarios, oferta disponible, etc.) y con las aseguradoras⁵².

En cuanto a los conceptos importantes de las enfermedades que desencadenan la discapacidad visual, las cinco principales causas de ceguera en el mundo reportadas por la OMS y asumidas por la Cátedra Unesco en Salud visual y desarrollo 2000 son la catarata (responsable del 39% de la etiología), las ametropías (18.2%), el glaucoma (10%), la degeneración macular (10%) y las opacidades corneales (4.2%). La iniciativa mundial Visión 2020 prioriza la catarata, ametropías, tracoma, ceguera infantil, oncocercosis, glaucoma, retinopatía diabética y degeneración macular asociada con la edad⁵³

Las ametropías son la principal causa de discapacidad visual (responsable de 153 millones de personas con discapacidad visual), afectan principalmente el grupo de edad entre 5 y 15 años. La corrección quirúrgica y terapéutica convencional de las ametropías, puede recobrar la función visual a un nivel normal, en más de 12 millones de personas entre los 5 y 15 años. En los adultos es frecuente encontrar déficit dual ocular, donde, además de un proceso retinal, uveal o vascular, coexiste una ametropía. La guía clínica de la American Optometric Association⁵⁴ categoriza los tipos de miopía en miopía simple, miopía nocturna, pseudomiopía, miopía degenerativa y miopía inducida o secundaria (catarata nuclear relacionada con la edad, fármacos tipo sulfonamidas, e hiperglicemia).

El tracoma es la principal causa infecciosa de ceguera, producida por *Chlamydia trachomatis* y relacionada con comunidades pobres, con suministro de agua no potable y limitado acceso a servicios de salud. La OMS señala que el tracoma es endémico en 55 países, entre los que se destacan Brasil, Guatemala y México en el continente americano. Esta bacteria Gram negativa intracelular obligada afecta conjuntiva y córnea, causa inflamación folicular tracomatosa e intensa, luego triquiasis y cicatrización conjuntival, hasta lograr una opacidad corneal. Diferentes agencias relacionadas con salud visual y la OMS, continúan mencionando la oncocercosis, denominada “ceguera de río”, como una etiología infecciosa de ceguera. Consiste en una infección por el parásito *Onchocerca volvulus*, que compromete globo ocular y tejido celular subcutáneo.

⁵² PENCHANSKY citado por VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.

⁵³ SUÁREZ, J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *Medicina UPB*. 2011. 30 (2): 170-180.

⁵⁴ Citado por SUÁREZ, J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *Medicina UPB*. 2011. 30 (2): 170-180.

Requiere de un vector, denominado mosca negra, para completar su ciclo. Además de producir ceguera, se asocia con epilepsia⁵⁵.

La retinopatía diabética explica el 4,8% de la ceguera en el mundo. La discapacidad visual y la ceguera, corresponde a una complicación microvascular, aspecto cardinal de la fisiopatología y afección sistémica de tal entidad. Los factores de riesgo con mayor documentación son el tiempo de evolución y el pobre control glicémico. Requiere de un manejo integral, puesto que representa una afección focal de una enfermedad sistémica. Hasta el año 2007, las intervenciones con evidencia sólida son el manejo de la presión arterial, un buen control glicémico, y la fotocoagulación focal y panretinal con láser; otras intervenciones con moderada evidencia son los esteroides en cámara vítrea, vitrectomía y la terapia baja en lípidos⁵⁶.

La Degeneración macular (DMAE) se menciona como la principal fuente de ceguera en países desarrollados, con un porcentaje de 8.7% (3 millones de personas), y los países en vía de desarrollo no son ajenos a tal situación. Posee un espectro clínico tipo: DMAE seca (forma más común) y DMAE exudativa. Adicional a esto, existe la degeneración macular viteliforme (enfermedad de Best), que es una enfermedad autosómica dominante con alteración del gen *bestrophin 1 (BEST 1)*, ubicado en el cromosoma 11q13. Los productos proteicos de este gen contribuyen en la actividad de los canales de cloro necesarios para transporte iónico, transporte de cloro transepitelial y en la composición de membrana celular del epitelio pigmentado. Al parecer la DMAE, caracterizada como un proceso retinal, puede conformar el síntoma ocular de una cascada de desacople celular, bioquímico y oxidativo de magnitud sistémica. Uno de los datos que respalda tal apreciación son los artículos de pacientes con DMAE asociados con elevado riesgo de accidente cerebrovascular⁵⁷.

Son causas de catarata el envejecimiento, traumas físicos, quemaduras eléctricas, DM (glicemia >400 mg/dl con presencia de sorbitol), galactosemia, rubeola congénita, errores innatos del metabolismo, factores genéticos, tabaquismo, entre otros. Además de lo anterior, la catarata puede ser secundaria a uveítis recurrente, retinitis pigmentosa, desprendimiento de retina, hipoparatiroidismo, trisomía 21, consumo crónico de esteroides, beta bloqueadores e intoxicación por hierro y cobre. Dos estudios han descartado a las estatinas como causantes de catarata⁵⁸.

⁵⁵ Citado por SUÁREZ, J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *Medicina UPB*. 2011. 30 (2): 170-180.

⁵⁶ SUÁREZ, J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *Medicina UPB*. 2011. 30 (2): 170-180.

⁵⁷ SUÁREZ, J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *Medicina UPB*. 2011. 30 (2): 170-180.

⁵⁸ SUÁREZ, J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *Medicina UPB*. 2011. 30 (2): 170-180.

La literatura reporta cuatro tipos de glaucoma, a saber: glaucoma primario de ángulo abierto, de ángulo cerrado, congénito y secundario. La fibrosis retrolental, corioretinitis, rubeola congénita y síndrome de pseudoexfoliación del iris son causas identificadas de glaucoma. Como causas genéticas de glaucoma se comunican el gen TIGR (también conocido como MYOC o gen de la miocilina) localizado en el cromosoma 1q23-q24 y el gen OPTN (optineurina) ubicado en el cromosoma 10p13. El glaucoma es responsable de 4.5 millones de personas invidentes, y se proyectan 4.5 millones y 3.9 millones invidentes por glaucoma de ángulo abierto y glaucoma primario de ángulo cerrado en el año 2010, respectivamente⁵⁹.

No hay una cuantificación oficial de las causas neurológicas que producen discapacidad visual y ceguera; sin embargo, debe tenerse presente que el globo ocular, específicamente la retina, es una extensión directa del sistema nervioso central con un elevado nivel de organización neuronal, que conforma la vía visual retino-genículo-calcarina, y las enfermedades neurológicas explican el 11% de la carga mundial de enfermedad. La vía visual posee circuitos y estructuras que pueden dar origen a discapacidad visual, ceguera y a deterioro perceptual-cognitivo de la función visual. En esta última fase, pueden encontrarse los parámetros de agudeza visual conservados y las funciones de reconocimiento del color, percepción del movimiento, relaciones espaciales de la imagen y nominación de los objetos observados comprometidos o ausentes. De esta forma, la sensación visual ya transducida por la retina, tiene que escalar varios circuitos de transmisión, modulación, procesamiento, percepción y cognición de naturaleza neuronal. La afección de corteza occipital puede ser en área primaria o de áreas de asociación visual uni y polimodal; estas últimas son responsables de los aspectos perceptuales de la visión, los cuales no se incluyen en la categorización de los términos baja visión y ceguera, quedan, en cierto sentido, desprotegidas, sub diagnosticadas y sin alternativas de tratamiento ni de rehabilitación, pero que trastornan la función y actividad visual de la persona. Ceguera cortical, desórdenes campimétricos, acromatopsias, akinetopsias, agnosia visual, prosopagnosia, negligencia visuoespacial, atrofia cortical posterior, síndrome de Ballint y atrofia óptica, son fenómenos clínicos en los que se deterioran aspectos neuronales de la función visual secundaria a enfermedades desmielinizantes, tumorales, isquémicos, compresivos, neurodegenerativos y autoinmunes al ámbito cerebral⁶⁰.

La atención actual en salud visual. La matriz de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas –DOFA- es una evaluación subjetiva a partir de un conjunto de datos organizados en un orden lógico para comprender, presentar, discutir y tomar decisiones colectivamente. Es un instrumento para identificar acciones viables mediante el cruce de

⁵⁹ SUÁREZ, J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *Medicina UPB*. 2011. 30 (2): 170-180.

⁶⁰ SUÁREZ, J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *Medicina UPB*. 2011. 30 (2): 170-180.

variables considerando que las acciones estratégicas se caracterizan por su posibilidad y que la factibilidad de cada una de ellas se encuentra en el mismo sistema objeto de análisis. En este sentido y de acuerdo con el análisis de las acciones realizadas por el proyecto de atención en salud visual se pueden establecer las siguientes conclusiones en el marco del componente de rehabilitación del SGSSS⁶¹:

DEBILIDADES. 1) Baja promoción del servicio de rehabilitación debido a la falta de conocimiento de las instituciones que prestan esta clase de servicios, por parte de entidades públicas y privadas, profesionales de la salud, población, familias y colectivos. 2) Ausencia de integralidad e interdisciplinariedad en el esquema del SGSSS porque no se ha implementado un proceso articulado y armonizado con el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales, mediante programas de duración limitada, objetivos claramente definidos que fomenten la participación individual o colectiva de la gente, el involucramiento de profesionales de diferentes disciplinas, de la familia y la comunidad, y de diferentes sectores para asegurar la integración familiar, social y ocupacional de la persona con discapacidad⁶². 3) Falta de referencia de profesionales de optometría y oftalmología a los servicios de rehabilitación. 4) Las IPSs dentro del SGSSS no ofrecen servicios de promoción en salud visual porque orientan la mayoría de sus acciones hacia la atención y el tratamiento de la enfermedad. 5) La normatividad existente reglamenta la detección de alteraciones de la agudeza visual en grupos de edad muy específicos (4, 11, 16, 45, 55 y más) dificultando la identificación temprana y el tratamiento oportuno de dichas alteraciones.

5.1 OPORTUNIDADES.

- Existencia de redes de discapacidad en todo el territorio nacional conformadas por entidades de salud, instituciones gubernamentales, ONGs, fundaciones, entidades prestadoras de servicios, que pueden hacer valer los derechos de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida familiar, social, política, económica y cultural, garantizando su inclusión y equiparación a través de acciones orientadas hacia el respeto, la no discriminación y el desarrollo inclusivo.
- Acciones de movilización social de la población con limitación visual y con baja visión en los ámbitos locales y regionales a través de diferentes mecanismos para una resignificación social de las instituciones y de los sujetos. Esta es una estrategia de participación efectiva, que le permite a los diversos sectores sociales, en este caso la población con discapacidad y sus colectivos, intervenir en aquellos asuntos de los cuales venían siendo excluidos. En este sentido,

⁶¹ CAICEDO et al. Modelo de atención integral en salud visual. INCI, 2010

⁶² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Mayo de 2004. Citado por CAICEDO et al. Modelo de atención integral en salud visual. INCI, 2010.

propiciar o provocar condiciones para la movilización social y política es una ruta que ayuda a formar mayores niveles de autonomía, organización y participación de dicha población, para que sus necesidades partan en gran medida de sus expectativas y sus intereses.

- La organización del Sistema Nacional de Discapacidad –SND- o conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los contenidos de la Ley 1145 de 2007. Las normas consagradas en esta ley, tienen por objeto impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos (art.)⁶³.
- Una política pública con tres componentes básicos: promoción de entornos protectores y prevención de la discapacidad, habilitación/rehabilitación y equiparación de oportunidades, los cuales se articulan para consolidar acciones con el objeto que las personas con discapacidad, la familia, la comunidad y el Estado promuevan y provean las condiciones para lograr la máxima autonomía y participación en los espacios cotidianos y de vida ciudadana⁶⁴

5.2 FORTALEZAS.

- Instituciones prestadoras de servicios de optometría, oftalmología, rehabilitación a nivel nacional que están dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ONGs, fundaciones, asociaciones de personas con limitación visual y baja visión que de alguna forma están atendiendo las necesidades de la población en general y con discapacidad visual.
- La normatividad vigente (Acuerdo 08/2009, Ley 1145/2007, Lineamientos de política), la ley 1618 de 2013 que garantiza la rehabilitación integral, contempla su existencia y permite avanzar en la consolidación de una reglamentación que finalmente establezca la obligatoriedad de prestar un número determinado de sesiones y el abordaje integral de las necesidades y demandas de las personas con limitación visual y con baja visión.

5.3 AMENAZAS.

⁶³ CAICEDO et al. Modelo de atención integral en salud visual. INCI, 2010

⁶⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Mayo de 2004, citado por CAICEDO et al. Modelo de atención integral en salud visual. INCI, 2010

- Desconocimiento de la población con discapacidad visual de los derechos a servicios específicos y el valor agregado que les proporciona en su autonomía e independencia personal y laboral.
- Imaginarios y representaciones sociales de la discapacidad por parte de las personas con limitación visual o con baja visión.
- La población con limitaciones visuales se encuentra dispersa en muchas regiones del país, la gran mayoría en zona rural, donde no hay servicios de rehabilitación.
- Desconocimiento de la importancia de los procesos de rehabilitación integral.

En consecuencia, la definición del modelo de atención en salud considera las rutas observadas para el acceso a servicios de salud por parte de los y las usuarias de los diferentes regímenes (contributivo, subsidiado, vinculado), siguiendo los niveles de atención, trascendiendo la perspectiva de asistencia clínica y de rehabilitación y promoviendo la articulación con el contexto de la salud familiar, el empoderamiento y las demás acciones de carácter social que influyen en la salud y el bienestar de niñas, niños, mujeres, hombres, jóvenes y mayores con limitación visual o con baja visión.

El objetivo del modelo de atención en salud visual –MASV- es constituirse en una herramienta de gestión institucional aplicable en los territorios con fundamento en la perspectiva de derechos, el enfoque diferencial y la determinación social del proceso salud-enfermedad, con el fin de generar y promover acciones apropiadas a las necesidades poblacionales para incrementar la cobertura territorial y el acceso equitativo de niñas, niños, mujeres, hombres, jóvenes y mayores a servicios clínicos y sociales basados en el trabajo transdisciplinar, la planificación intrainstitucional y la conexión intersectorial.

Cuando se habla de un Modelo de Atención en Salud Visual necesariamente tenemos que tener en cuenta la interdisciplinariedad, la cual es el resultado del desarrollo histórico de los saberes. El punto de partida de la interdisciplinariedad es la existencia de la complejidad de los sistemas y los procesos que integran la realidad que se estudia y, a partir de ella, se comparten marcos teóricos y metodológicos mediante el encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, donde cada una de ellas aporta sus esquemas conceptuales, formas de definir problemas y métodos de integración⁶⁵. En este sentido la interdisciplinariedad no solo se refiere a simples relaciones entre disciplinas sino que comprende interrelaciones que parten de la existencia de sistemas complejos para generar una forma de organización de trabajo intelectual integrado. La

⁶⁵ NÚÑEZ Jover, 1994 y MAÑALICH Rosario, 1997 citado por CAICEDO et al. Modelo de atención integral en salud visual. INCI, 2010

interdisciplinariedad no reduce unas disciplinas a otras, sino que las relaciona para enriquecer sus aportes requiriendo respeto recíproco y cooperación.

Otro aspecto importante que se debe tener en cuenta dentro de un Modelo de Atención en Salud Visual es la integralidad en la atención, definida como el conjunto de servicios, prácticas y técnicas desarrolladas por profesionales y por el sistema de salud para la garantía del “cuidado” en los términos apuntados por Ayres⁶⁶. Se puede decir que es un concepto plural y dinámico basado en la relación social entre profesionales y población mediada por la valorización de la cultura local, el compartimiento de significados y sentidos atribuidos a la vida cotidiana y la integración entre acciones curativas, preventivas o de promoción basadas en los principios de la equidad y de la participación social.

La equidad en salud es un desafío ético que depende de diversos factores mientras la bioética se centra en la equidad en los servicios de salud con el fin de disminuir las desigualdades en este campo. Desde la perspectiva de las políticas públicas no se trata de conceptualizar la equidad, aunque el contenido de estas responde de una u otra forma a una aproximación teórica. Se trata fundamentalmente de demostrar que una situación es inequitativa, en orden a asignar recursos para disminuir esas disparidades a través de una relación con los modelos de educación, trabajo y movilización con el fin de asegurar la atención Integral que continúa siendo demandada por personas cada vez más empoderadas.

Las gestiones o rutas que deben seguir las personas para acceder a los diversos servicios así como la gestión institucional e interinstitucional que debe realizarse para hacer viable el Modelo en los distintos territorios del país. Se trata de acciones ligadas a la sensibilización social y al fortalecimiento de las organizaciones y los colectivos que intervienen en su implementación; y tiene una relación directa con las estrategias comunicativas en las que, según la estructura del Modelo, se están considerando las rutas normativas y las deseadas junto con los itinerarios típicos y los vividos, teniendo en cuenta que: Uno de los principales retos que enfrenta, es reflejar la diversidad de fenómenos y procesos que en primera instancia, se le presentan diferentes e inconexos, por lo que debe encontrar la unidad con un sentido de globalidad y después determinar las particularidades, sus modos de interrelación y el lugar que ocupan en el conjunto⁶⁷.

En todo caso, como sabemos la política pública de discapacidad abarca la promoción de entornos protectores y prevención de la discapacidad, la habilitación/rehabilitación y la equiparación de oportunidades, las cuales se han de articular a los tramites y procedimientos aquí señalados para consolidar las acciones propias del MASV (figura 1)

⁶⁶ citado por CAICEDO et al. Modelo de atención integral en salud visual. INCI, 2010

⁶⁷ García AM & Baeza C. citado por citado por CAICEDO et al. Modelo de atención integral en salud visual. INCI, 2010. Los siguientes conceptos: inclusión social, acciones afirmativas, barreras, rehabilitación funcional entre otros fueron extraídos de la ley 1618 de 2013.

con el objeto de que las personas con limitación visual o con baja visión, la familia, la comunidad y el Estado promuevan y provean las condiciones necesarias para construir y gozar de una autonomía sin matices y de una amplia participación en los espacios cotidianos y de vida ciudadana.

6. MARCO LEGAL

La normativa de orden internacional, contempla criterios específicos relacionados con los derechos de las personas en situación de discapacidad, en ese sentido se contemplan obligaciones especiales a cada uno de los estados y derechos a quienes se encuentran disminuidos físicamente, en aras de en primer lugar prevenir la discapacidad, y en un segundo plano no menos importante propiciar espacios de atención en servicios de salud e integración social.

Aun cuando la aplicabilidad de la normativa de orden internacional se encuentra limitada a la aprobación que el estado colombiano realice a los tratados, resulta ser su contenido un avance legislativo, así como un indicio del compromiso general de los estados en propender por la igualdad de trato y respeto por los derechos humanos.

Como resultado del análisis del marco legal internacional, que contempla protección especial para aquellas personas en situación de discapacidad encontramos las siguientes respuestas puntuales a esta problemática que además de contemplar un contenido social, necesariamente impacta en el marco jurídico de nuestro país, en los siguientes términos:

6.1 MARCO LEGAL INTERNACIONAL

- **“Declaración Universal de los Derechos Humanos.”** Adoptada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En los artículos 22 y 25 de esta declaración encontramos garantizado el derecho a la seguridad social y la salud de todas las personas.
- **“Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976).”** El artículo noveno de este pacto reconoce el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso el seguro social.
- **“Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975).”** En el artículo primero define el término “impedido” *“designa a toda persona incapacitada de subvenir por si misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.”*, el artículo segundo resalta que el impedido debe gozar de todos los derechos enunciados en esa declaración, a su vez el artículo 6 señala que el impedido tiene derecho a recibir atención médica.
- **“Declaración sobre las personas sordo-ciegas (1979).”** Esta declaración es muy importante para las personas con discapacidad visual. En su artículo primero se establece que la sordo ceguera se presenta en todos los países del mundo,

por lo cual se deberían obtener en los estados, datos demográficos que ayuden en la planificación de servicios necesarios para ayudarles a desarrollar plenamente sus potenciales como ciudadanos, el artículo segundo define que es la sordo ceguera, a su vez el artículo cuarto de la declaración señala que la comunicación es la barrera mas tremenda a la que se enfrentan los sordo ciegos razón por la cual se deben de implementar diferentes estrategias para ayudarles a estas personas en la comunicación.

- **“Convención sobre los Derechos del niño de la Asamblea General de las Naciones Unidas 1989.”** El artículo segundo *“señala que los estados partes deben respetar los derechos enunciados en esta convención y aseguraran su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción sin distinción alguna, independientemente de la raza, color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos.”*

Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CDDM)-OMS 1980.

- **“Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.”** Esta convención reafirma que las personas discapacitadas tienen los mismos derechos humanos y libertades que las demás personas, incluyendo el derecho a no ser discriminados a causa de su incapacidad.

En sus artículos II Y III compromete a los estados a adoptar medidas tendientes a evitar la discriminación de este tipo de personas y contribuir a la integración de estas personas a la sociedad.

- **“Declaración de Cartagena de 1992 “Sobre políticas integrales para las personas con discapacidad en el área iberoamericana”.** Esta declaración tiene entre otros los siguientes objetivos:

“toda política integral y coherente para las personas con discapacidades y quienes están en peligro de adquirirlas, deberán dirigirse a:

- Prevenir la aparición de las deficiencias, evitar que estas, cuando se producen, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas, y aminorar, cuando no haya podido evitarse, esas consecuencias, actuando sobre las causas que generan las deficiencias y sobre los factores que determinan su agravamiento.

- Poner al alcance de las personas con discapacidades los recursos, servicios y medidas específicas de rehabilitación necesarios para asegurar el máximo posible de su desarrollo personal, de manera que reciban atención integral individualizada, de forma continua y coordinada y, preferentemente, en su propio contexto sociocultural.
- **“Declaración de Panamá de 2000** “ La discapacidad un asunto de Derechos Humanos.” Esta declaración trata especialmente del derecho a la equiparación de oportunidades y el respeto a la diversidad
- **“La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2006.”** Esta convención en su artículo primero convino promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad. Y promover el respeto a su dignidad inherente.

6.2 MARCO NORMATIVO DE ORDEN NACIONAL

6.2.1 Disposiciones Constitucionales.

- **Artículo 13:** “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.”
- **Artículo 47:** “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.”
- **Artículo 48:** “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. (...)”
- **Artículo 49:** “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia,

universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria (...)"

- **ARTICULO 54:** "es obligación del estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud."

El articulado constitucional antes mencionado ha sido un instrumento muy importante mediante el cual el constituyente ha protegido a las personas menos favorecidas en lo social, lo laboral, en la salud, entre otros aspectos del diario vivir.

Desde el punto de vista normativo están dadas las condiciones para que las personas con discapacidad puedan acceder a la educación, se les garantiza el derecho al trabajo en condiciones dignas acordes con sus dificultades propias de sus padecimientos, el derecho a la salud es garantía al punto de que el artículo 47 obliga a el estado a adelantar políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, a quienes les deberá prestar la atención especializada que requieran.

Adicional a lo anterior se tienen las siguientes leyes:

- **Ley 100 de 23/12/1993:** "Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones." Esta ley se creo en desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política y busca garantizar el derecho a la seguridad social de todos los colombianos, define la seguridad social como un derecho irrenunciable.
- **Ley 361 de 07/02/1997:** "Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones." Esta ley se crea fundamentada en los artículos 13, 47, 54 y 68 de la Constitución Nacional, hace un reconocimiento a la dignidad de las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y otorga a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.

- **Ley 582 de 08/06/2000:** “Por medio de la cual se define el deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, se reforma la Ley 181 de 1995 y el Decreto 1228 de 1995, y se dictan otras disposiciones.” Esta ley define el deporte asociado de personas con limitaciones, como el desarrollo de un conjunto de actividades que tienen como fin contribuir en la normalización integral de las personas que padezcan una limitación, determina que el comité paralímpico colombiano, es el ente rector del deporte asociado de personas con limitaciones físicas, a su vez define otras circunstancias en esta materia.
- **Ley 762 de 31/07/2002:** “Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999).” Esta ley aprueba la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad” lo que permite que el contenido de esta convención tenga fuerza de ley.
- **Ley 982 de 02/08/2005:** “Establece normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones.” Esta ley hace énfasis en incentivar y promocionar formas de comunicación en personas que padecen discapacidad, como la lengua de señas. La educación formal y no formal de las personas sordo ciegas debe ser garantizada, razón por la cual el gobierno debe promover una educación bilingüe que brinde garantías a esta clase de personas.
- **Ley 1145 de 10/07/2007:** “Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones”. Esta ley tiene como fin impulsar la formulación e implementación de políticas públicas en materia de discapacidad, que deben ser coordinadas entre las entidades publicas, organizaciones de personas que padezcan de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de garantizarles a las personas con discapacidad sus derechos fundamentales, en el marco de los derechos humanos.
- **Ley 1237 23/07/2008:** “Por medio de la cual se promueven, fomentan y difunden las habilidades, talentos y las manifestaciones artísticas y culturales de la población con algún tipo de limitación física, síquica o sensorial.” Esta ley busca promover e incentivar los talentos y capacidades artísticas de la población que padece algún tipo de discapacidad, para ellos crea incentivos para motiven a este tipo de personas a desarrollar sus talentos.
- **Ley 1287 de 03/03/2009:** “Por la cual se adiciona la ley 361 de 1997 (trata temas de movilidad en bahías de estacionamiento y accesibilidad en medio físico).” Esta

ley establece que las personas con movilidad reducida tienen autorización para parquear vehículos en bahías, ya sean conductores de vehículo o acompañantes.

A su vez señala que las autoridades distritales y municipales deben de autorizar la construcción de bahías, para contribuir en la movilidad de las personas con este tipo de discapacidad.

- **Ley 1316 de 13/07/2009:** “Por medio de la cual se reforma parcialmente la Ley 361 de 1997, se reconoce un espacio en los espectáculos para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.” Esta ley modifica el artículo 56 de la ley 361 de 1997, con la modificación el artículo 56 quedara de la siguiente forma:

“Toda persona natural o jurídica, publica o privada, que organice un espectáculo o tenga sitios abiertos al público, de carácter recreacional o cultural, como teatros y cines, deberán reservar un espacio del 5% del aforo, para que sea ocupado exclusivamente por personas con discapacidad y un acompañante.

Dicho espacio deberá cumplir, al menos, los siguientes requisitos:

- Estar claramente delimitado y señalizado.
 - Garantizar la visibilidad, la audición y el goce del espectáculo o de la actividad de carácter recreacional o cultural de que se trate.
 - Contar con una superficie acorde a la magnitud del espectáculo o del sitio abierto al público.
 - Garantizar zonas de emergencia y de servicios sanitarios, así como facilidades de acceso y egreso, desde tanto las entradas como las salidas.
 - Disponer de espacios localizados para personas en sillas de ruedas, con las respectivas facilidades de acceso y egreso. En caso de sitios abiertos al público, como teatros y cines, dichos espacios no podrán ser inferiores al 2% de su capacidad total;
 - La boletería tendrá un precio especial que en ningún caso superara el 75% del precio de la boleta de mayor valor.
- **Ley 1346 de 31/07/2009:** “Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.”

A través de esta ley el estado aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad" lo que hace que el contenido de esta convención sea ley de la republica.

- **Ley 776 de 2002.** “por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del sistema general de riesgos profesionales.” Esta norma complementa el decreto ley 1295 de 1994 en materia de riesgos profesionales, allí se determinan los derechos que tiene una persona que producto de una enfermedad profesional o accidente laboral quede en estado de invalidez o sufra la muerte.
- **Decreto 917 de 28/05/1999:** “Por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995. El Manual Único para la Calificación de la Invalidez.” Este decreto modifico el 692 de 1995, en el artículo 2 define los conceptos de invalidez, incapacidad permanente parcial, capacidad laboral y trabajo habitual, así mismo define la forma en que se deben realizar los procedimientos para la calificación de la perdida de capacidad laboral.
- **Decreto 348 de 01/03/2000:** Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 2405 de 1999. Artículo 3°. Beneficiarios. La población objeto de intervención en el desarrollo de los programas contemplados en el literal b) del artículo 99 de la Ley 508 de 1999, corresponde a los niños pertenecientes a los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN, incluyendo los niños con discapacidad pertenecientes a los mismos niveles y a aquellos en situación de exclusión social, alto riesgo o indigencia.
- **Decreto 1006 de 01/04/2004:** “Por el cual se modifica la estructura del Instituto Nacional para Ciegos, INCI, y se dictan otras disposiciones.”El artículo segundo de este decreto señala:

“Objeto. El instituto Nacional para Ciegos, INCI, tiene como objeto fundamental la organización, planeación y ejecución de las políticas orientadas a obtener la rehabilitación, integración educativa, laboral y social de los limitados visuales, el bienestar social y cultural de los mismos; y la prevención de la ceguera. En desarrollo de su objetivo el INCI deberá coordinar acciones con los Ministerios de educación nacional, de la protección social y ministerio de las comunicaciones en las áreas de su competencia, y ejercerá las facultades de supervisión a las entidades de y para ciegos, sean estas publicas o privadas, de acuerdo con las políticas trazadas por el ministerio de educación nacional.”
- **Decreto 1352 de 2013.** “por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez y se dictan otras disposiciones”. Este decreto define la forma en que deben de proceder las juntas las juntas regionales y la nacional al momento de hacer las correspondientes

calificaciones, entre otros aspectos indica que los honorarios que le corresponde a la junta por una calificación corresponde al equivalente a un salario mínimo mensual vigente.

- **Ley 1618 de Febrero 27 de 2013:** “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.” Esta ley garantiza y asegura el ejercicio efectivo de los derechos de las personas en situación de discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión y acciones afirmativas.

La norma señala que la Nación, los Departamentos, Distritos o Municipios y localidades, así como las entidades estatales, deberán incorporar en sus planes de desarrollo una política pública de discapacidad con base en la ley 1145 de 2007.

7. MARCO JURISPRUDENCIAL

Con respecto a la discapacidad visual la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia han dictaminado de forma concreta y puntual, como se evidencia en el concepto que dio la sala Séptima de revisión de tutelas de la corte constitucional en la **sentencia T-551/11** defendiendo el derecho fundamental a la educación de personas con discapacidad y donde el estado Colombiano se ha esforzado por hacer cumplir los derechos de las personas con discapacidad de acuerdo a la convención de derechos humanos de personas con discapacidad (CDPD) resolvió: Conceder la protección de los derechos fundamentales a la igualdad, educación y la accesibilidad física de personas con discapacidad visual. Que se desarrollen medidas de igualdad y accesibilidad como adecuaciones de pruebas de admisión, sistema braille, disponibilidad de profesorado formado, accesibilidad física y demás medidas que se consideren necesarias para garantizar la inclusión al sistema educativo superior de las personas con circunstancias de discapacidad. En otras instancias la sala Tercera de Revisión de la corte Constitucional en la **sentencia T-340/10** que defiende el principio de igualdad y no discriminación, que establece a las personas con discapacidad como sujetos de especial protección constitucional y defendiendo los derechos de deportistas incapacitados resolvió: Garantizar el derecho a la igualdad y el principio de no discriminación en relación con los estímulos contemplados por los deportistas que participaron y obtuvieron reconocimientos de medallería en los juegos paraolímpicos nacionales 2008.

Así mismo y en virtud del Derecho del menor a tener una familia y a no ser separado de ella y defendiendo los derechos de madres con discapacidad visual, la sala tercera de la corte Constitucional en la **sentencia T-397/04** defendiendo el interés superior del menor resolvió: el derecho a tener una familia y no ser separada de ella, iniciar proceso de rehabilitación de la madre con orientación psicológica de la madre y su hija ambas con discapacidad visual, también resuelve que se disponga todas las medidas necesarias para garantizar que bajo el programa de “atención integral de adultos y adultas con limitación física o mental” sean provistas de la atención integral que necesitan en cuanto a sus necesidades básicas de alimentación, salud, educación y capacidad laboral y su proceso de rehabilitación hasta donde la madre haya logrado un nivel de rehabilitación suficiente para permitirle subsistir de manera digna y autónoma. Igualmente en el derecho a la salud y la vida del menor en la **sentencia T-594/03** en la sala octava de revisión de la Corte constitucional determino garantizar los derechos fundamentales del menor y tendrá prioridad en ser atendido y que requiere servicios no POS, serán atendidos en forma obligatoria en instituciones públicas o privadas con los cuales el estado tenga contrato donde se le brinde tratamientos, valoraciones, medicamentos que demande el menor y que sean autorizados por los médicos tratantes.

En el caso de Pensión de invalidez con enfermedades visuales degenerativas y los dictámenes de pérdida de capacidad laboral en la **sentencia T-726/11** y la sala cuarta de

revisión de la corte constitucional se resolvió realizar un nuevo estudio de solicitud pensional y a que se reconozca una pensión de invalidez y donde el Ministerio de Protección social responda oportunamente las peticiones que se le presenten en la forma y términos que establece la constitución la ley y la jurisprudencia constitucional.

En virtud de hacer valer los derechos y deberes de los invidentes y donde el estado debe contribuir activamente a la eliminación de barreras e impedimentos que padecen los discapacitados y con el objetivo de propiciar su desarrollo e integración social y en igualdad de derechos y que esta sea real y efectiva, la sala quinta de revisión de la corte constitucional en la **sentencia T-487/03** concede el amparo constitucional de los derechos fundamentales al voto y a la igualdad y donde se le ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil la expedición de tarjetas electorales trascritas al sistema Braille y suministrarla a los invidentes que la requieran durante los comisión electorales.

La corte tuteló los derechos fundamentales a la vida, salud, petición y debido proceso que representa la pérdida de visión, al disponer su reubicación en labores acordes con su estado de salud y la revisión de la calificación de invalidez, y protege el derecho a la recreación y a la igualdad de oportunidades de los discapacitados visuales, la Corte manifiesta, que el Estado debe proteger y atender de manera especial a las personas con debilidad manifestada por su condición económica, física y mental, también señaló que si los padres de una menor, no poseen medios económicos suficientes para someterla a tratamiento en una institución especializada, pueden recurrir a los distintos centros médicos de esa índole financiados por el Estado, pues es su obligación suministrar atención especializada.

En otra sentencia, la Corte Suprema de Justicia, a través de la Sala de Casación Laboral, el Magistrado Carlos Ernesto Molina Monsalve, el 18 de Septiembre de 2012 (Radicación 41845), considera que como lo asentara la Corte en **sentencia de 11 de febrero de 1994** (Radicación 6043), el error evidente de hecho es aquel que *"se presenta, según el caso, cuando el sentenciador hace decir al medio probatorio algo que ostensiblemente no indica o le niega la evidencia que tiene, o cuando deja de apreciarlo, y por cualquiera de esos medios da por demostrado un hecho sin estarlo, o no lo da por demostrado estándolo, con incidencia de ese yerro en la ley sustancial que de ese modo resulta infringida"*. Por lo tanto al observar las consideraciones, se concluyó que: (a) el actor, para el momento del fenecimiento del contrato de trabajo, *"padecía de una limitación física"*, y que tal hecho era notorio, y (b) el *"motivo de la desvinculación fue la limitación física que padecía el actor"*, tuvo como base, la confesión de la demandada al contestar la demanda; (c) la confesión ficta o presunta que se decretó por la inasistencia de la convocada a juicio a la audiencia de conciliación, así como para la práctica del interrogatorio de parte, y (d) la prueba testimonial.

El descontento de la sociedad recurrente con la sentencia fustigada, estriba, en esencia, en que los requisitos establecidos en los artículos 5º y 26 de la Ley 361 de 1997, es

decir, la discapacidad del 25% o más, el haber sido calificado por la E.P.S. como tal y el haber obtenido el carné que así lo acredite, no se encuentran probados dentro de la litis. Igualmente, para la casacionista la condición de discapacitado *“no puede acreditarse con cualquier medio de prueba”*.

La Corte Suprema de Justicia afirma que el reproche puesto a su consideración, consistente en que la confesión no es una prueba apta o idónea para acreditar la discapacidad de una persona, pues *“no puede acreditarse por cualquier medio”*, no es dable estudiarlo a través de un cargo dirigido por el sendero fáctico o de los hechos, toda vez que para dilucidar el asunto así propuesto se requiere de un diagnóstico rigurosamente jurídico ajeno por completo al análisis de la prueba. Nótese, que sobre este puntual aspecto la recurrente no cuestiona que el juzgador hubiese alterado el contenido material de la confesión; pretende, por el contrario, demostrar que el Tribunal se equivocó en la solución jurídica dada a esos hechos y, ello, itérese, se trata de una situación extraña a lo que acredita la plataforma fáctica o probatoria, que es la que se estudia cuando la vía escogida es la de los hechos.

Asimismo, el elucidar la circunstancia de que para ser *“titular de los derechos y garantías, protección y fuero”* establecidos en la Ley 361 de 1997, al tenor de lo dispuesto en su Artículo 5°, es requisito esencial que las personas estén previamente calificadas como discapacitadas por las E. P. S y, además, portar el carnet que así las acredita, también comporta un análisis de puro derecho ajeno a la vía de los hechos.

Importa observar que las conclusiones del Tribunal en cuanto a que: (i) el actor, para el momento del fenecimiento del contrato de trabajo, *“padecía de una limitación física”*, hecho éste notorio, y (ii) el *“motivo de la desvinculación fue la limitación física que padecía el actor”*, con independencia de su acierto, mantienen la presunción de legalidad de la sentencia recurrida, pues en relación al valor probatorio de la confesión ficta o presunta cabe tener presente que si bien a la luz del artículo 201 del Código de Procedimiento Civil, aplicable al proceso laboral por así permitirlo el 145 del estatuto adjetivo del trabajo y de la seguridad social, *“toda confesión admite prueba en contrario”*, también lo es que los documentos obrantes a folios 70 y 71, que consignan la afiliación del actor al sistema general de salud y pensiones, en verdad no tienen suficiente fuerza para desvirtuar ni infirmar la confesión deducida de la inasistencia de la demandada a la audiencia de conciliación y a la diligencia de interrogatorio.

Dice el artículo 5° de la Ley 361 de 1997: “Las personas con limitación deberán aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado. Para tal efecto las empresas promotoras de salud deberán consignar la existencia de la respectiva limitación en el carné de afiliado, para lo cual solicitarán en el formulario de afiliación la información respectiva y la verificarán a través de diagnóstico médico en caso de que dicha limitación no sea evidente. Dicho carné especificará el carácter de persona con limitación y el grado de limitación

moderada, severa o profunda de la persona. Servirá para identificarse como titular de los derechos establecidos en la presente Ley”.

Por su parte, el artículo 26, ibídem, disponía: “En ningún caso la limitación de una persona, podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral, a menos que dicha limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el cargo que se va a desempeñar. Así mismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización de la oficina de Trabajo (...)”.

De la lectura de las disposiciones en precedencia, emana palmariamente que para que opere la protección laboral establecida en este último precepto, no es requisito sine quanon que previamente la persona discapacitada tenga el carné o que se haya inscrito en la E.P.S., pues aunque se constituye en un deber, el no cumplirlo o probarlo procesalmente no lleva como consecuencia irrestricta y necesaria la pérdida de la aludida protección. Dicho en breve: el carné o la inscripción en la E.P.S. no son requisitos para que sea válida o para que nazca a la vida jurídica el mencionado amparo, habida cuenta que ello no aflora de los textos normativos. Más aún, cuando en el *sub lite*, el Tribunal estimó que la limitación del actor era un hecho notorio.

Aquí y ahora, resulta útil recordar lo adoctrinado por esta Sala en la sentencia del 25 de marzo de 2009, radicación 35.606, en cuanto a que los requisitos que se exigen para que un trabajador acceda a la protección contemplada en el artículo 26 de la Ley 361 de 1997, son “ (i) que se encuentre en una de las siguientes hipótesis: a) con una limitación “moderada”, que corresponde a la pérdida de la capacidad laboral entre el 15% y el 25%, b) “severa”, mayor al 25% pero inferior al 50% de la pérdida de la capacidad labora, o c) “profunda” cuando el grado de minusvalía supera el 50%; (ii) que el empleador conozca de dicho estado de salud; y (iii) que termine la relación laboral “por razón de su limitación física” y sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social”. Posición reiterada, entre otros, en el fallo del 16 de marzo de 2010, radicación 36.115.

Referente a los planteamiento consistentes en que las limitaciones del actor “no eran inhabilitantes” para ejecutar la labor encomendada, resulta pertinente traer a colación apartes de la **sentencia del 7 de diciembre de 2006**, radicación 27.145, en cuanto a la finalidad de la Ley 361 de 1997, pues precisamente lo que se busca es que la persona discapacitada pueda ingresar al mercado laboral y no se convierta en una persona inútil para su grupo familiar y la sociedad, así:

“Ahora, en lo que hace al tema jurídico, también tiene razón el censor, toda vez que el ad quem desconoció la existencia de las previsiones legales que no impiden, y por el contrario, incentivan y estimulan las vinculaciones laborales de las personas con discapacidades, al punto de conceder beneficios tributarios a quienes así procedan. En

efecto, la Ley 361 de 1997, en su artículo 22 estableció: El Gobierno dentro de la política nacional de empleo adoptará las medidas pertinentes dirigidas a la creación y fomento de las fuentes de trabajo para las personas con limitación, para lo cual utilizará todos los mecanismos adecuados a través de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Educación Nacional y otras entidades gubernamentales, organizaciones de personas con limitación que se dediquen a la educación, a la educación especial, a la capacitación, a la habilitación y a la rehabilitación. Igualmente el Gobierno establecerá programas de empleo protegido para aquellos casos en que la disminución padecida no permita la inserción al sistema competitivo. Y en el 24, previó: Los particulares empleadores que vinculen laboralmente personas con limitación tendrán las siguientes garantías: a) A que sean preferidos en igualdad de condiciones en los procesos de licitación, adjudicación y celebración de contratos, sean estos públicos o privados si estos tienen en sus nóminas por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la presente ley debidamente certificadas por la oficina de trabajo de la respectiva zona y contratados por lo menos con anterioridad a un año; igualmente deberán mantenerse por un lapso igual al de la contratación; b) Prelación en el otorgamiento de créditos subvenciones de organismos estatales, siempre y cuando estos se orienten al desarrollo de planes y programas que impliquen la participación activa y permanente de personas con limitación; c) El Gobierno fijará las tasas arancelarias a la importación de maquinaria y equipo especialmente adoptados o destinados al manejo de personas con limitación. El Gobierno clasificará y definirá el tipo de equipos que se consideran cubiertos por el beneficiario. Mientras que en el precepto 26, se dispuso: En ningún caso la limitación de una persona, podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral, a menos que dicha limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el cargo que se va a desempeñar. Así mismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización de la oficina de Trabajo. Tales preceptivas, como también lo señala el recurrente, tienen su sustento en postulados de orden constitucional, específicamente en el artículo 54, en cuanto prevé en lo pertinente que “El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud”; así mismo en el artículo 48, que consagra la seguridad social como derecho fundamental de todos los habitantes, derecho que corresponde a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, cuya dirección y control debe cumplir el Estado. Precisamente, el artículo 15 de la Ley 100 de 1993, también acusado por su infracción directa, se refiere a las categorías de afiliados, sin distinciones; mientras que el artículo 2-b, alude al reseñado principio de universalidad, que se concibe como “la garantía de la protección, para todas las personas, sin discriminación, en todas las etapas de la vida”. De allí que un criterio como el del Tribunal, que considera, al minusválido, automáticamente excluido del campo laboral y de la seguridad social, se sustrae de dicho postulado, lo contraría, al desdeñar a una persona, por sus limitaciones físicas o motoras y por considerarla incapaz de ejercer cualquier oficio, labor, actividad, dejándola sin la

protección y la asistencia debidas, cuando por su carácter de persona con menos capacidad, la hace parte de una población más vulnerable y más necesitada de amparo y atención. Negar el acceso al mercado laboral y a la seguridad social, por padecer la persona una invalidez parcial, como en este caso el 59%, que no general o total, es comportamiento contrario a los mencionados principios o postulados constitucionales y legales, ya que se desconoce la normatividad que habilita e incentiva las actividades laborales de esa población.

Así, resulta inaceptable agregar al infortunio de salud de una persona, por su estado de discapacidad, el tildarla de inútil o totalmente improductiva y reducirla al ostracismo, a la ociosidad y hasta la vagancia, solamente por tener una merma de su capacidad para trabajar. En ese orden, la discapacidad o disminución de la aptitud de una persona no implica su inutilidad, su total incompetencia, ni su anulación o exclusión del mercado del empleo, porque bien puede tener destrezas y potenciales laborales en distintos ámbitos. De allí que la sociedad y el Estado deben permitir su desarrollo, propiciando su trabajo, y no privarlos de tener una vida activa y de obtener un ingreso derivado de su propio esfuerzo, de acuerdo con el grado de su limitación. La imposibilidad de desempeñar, en condiciones regulares el mismo oficio o profesión que anteriormente podía ejercer, no privan al discapacitado de eventualmente llevar una vida laboral parcialmente activa, bien sea en el mismo campo en el que se ha desenvuelto, o en uno diverso. De ahí que, como el Tribunal consideró lo contrario, incurrió, se repite, en la infracción legal denunciada y por ello se casará la sentencia que confirmó la absolutoria de primer grado.

De acuerdo con el artículo 7º de la Ley 16 de 1969, la prueba por testigos no es una de las tres calificadas para estructurar un error de hecho manifiesto en casación del trabajo; y si bien la jurisprudencia tiene dicho que esta prueba debe ser también atacada por el recurrente cuando ella constituye soporte de la decisión judicial impugnada, la Corte únicamente puede revisarla cuando previamente ha sido demostrado un yerro evidente con fundamento en la inspección ocular, la confesión judicial o el documento auténtico, que no es el caso que nos ocupa.

También es pertinente mencionar el Radicado 39863 del 23 de marzo de 2011, de la Corte Suprema de Justicia, en la Sala de Casación Laboral, el Magistrado Camilo Tarquino Gallego, tiene en cuenta los términos del artículo 7º de la Ley 16 de 1969, no son aptos para fundar un error de hecho en casación laboral, a no ser que se demuestre la comisión de un yerro de igual talante, sobre un documento auténtico, una confesión judicial, o una inspección ocular, que son las pruebas calificadas en esta sede. No persuade a la Sala, el ingente y juicioso esfuerzo del recurrente dirigido a convencerla de que sólo tiene el carácter de peritación la conclusión que el experto obtiene, luego del análisis de los elementos de juicio con que cuenta para ese propósito. Una prueba técnica, como el peritaje, requiere la intervención de un experto en la materia respectiva, quien a partir de los datos que le brinda la realidad, y con aplicación de los conocimientos especializados que posee, emite su concepto, por lo cual, no se ve cómo se pueda

compartimentar el resultado de su trabajo, y dar un calificativo diferente al procedimiento desarrollado, para mantener el carácter de dictamen pericial sólo a la conclusión. Dado que fue el dictamen practicado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca, el medio de prueba que resultó útil al juez de la alzada para fundar su decisión, no es estimable la acusación contenida en este cargo. No sobra advertir, de otra parte, que la inconformidad que ahora plantea la censura, debió manifestarse en el momento oportuno, mediante la correspondiente objeción, por manera que no es éste el escenario propicio para revivir esa clase de debate.

En otro caso de la Corte Suprema de Justicia, en la Sala de Casación Laboral, en el radicado 39207 del 28 de agosto de 2012, el Magistrado Jorge Mauricio Burgos Ruíz, al tener como referencia el radicado N° 32532 de 2008, esta Sala determinó que no toda discapacidad goza de la protección a la estabilidad contenida en el artículo 26 de la Ley 361 pues, en concordancia con los artículos 1º y 5º de la citada ley, dedujo que gozan de dicha protección aquellos trabajadores con grado de discapacidad moderada (del 15% al 25%), severa (mayor del 25% y menor al 50%) y profunda (mayor del 50%). La protección con la que cuentan las personas limitadas en lo concerniente a que no pueden ser despedidas o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie la autorización de la Oficina de Trabajo se encuentra regulada en el artículo 26 de la Ley 361 de 1997, de manera que la minusvalía a que se refiere esta disposición debe ser buscada, en primer lugar, en el contexto de este articulado y, sólo en ausencia de disposición que lo determine, es dable acudir a la aplicación supletoria de otras normas, conforme lo prevé el artículo 19 del C. S. del T. La Ley 361 de 1997 está dirigida de manera general a garantizar la asistencia y protección necesaria de las personas con limitaciones severas y profundas, pues así lo contempla su artículo 1º; al referirse a los principios que la inspiran y al señalar sus destinatarios, de modo que delimita el campo de su aplicación, como ya se anotó, a quienes padecen una minusvalía significativa.

Es en desarrollo de esta preceptiva y particularmente en lo que tiene que ver con las personas a que está orientada la protección especial que consagra, según el grado de su limitación, que se dispone en el artículo 5 que las personas con limitaciones deberán aparecer como tales en los carné de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, correspondiendo a las empresas promotoras de salud consignar, en tal documento, la existencia de la respectiva limitación, con la especificación del grado de limitación que presenta su portador, en las escalas de moderada, severa y profunda, con el fin de que puedan identificarse como titulares de los derechos previstos en la ley comentada. No se trató entonces de una previsión caprichosa del legislador al aludir, en esta disposición, a los distintos grados de minusvalía que pueden afectar a las personas según la limitación que padezcan, por el contrario, la razón está de parte de aquellas que padecen mayores grados de limitación, naturalmente con el propósito de lograr su integración social en todos los ámbitos de la vida en comunidad en que se desenvuelven los seres humanos. Obviamente que el amparo es menor o inexistente para las personas con limitaciones de menor intensidad que no se les dificulta su inserción en el sistema competitivo laboral.

En el articulado de la Ley 361 de 1997 se toman como parámetros los diferentes grados de minusvalías a que se ha hecho alusión para establecer condiciones que garanticen su incursión en el ámbito laboral o que los haga merecedores de la protección del Estado, entre otros, en el campo de vivienda, seguridad social y educación. Así por ejemplo en el 24 se garantiza a los empleadores que vinculen laboralmente a personas con limitación que sean preferidos en igualdad de condiciones en los procesos de licitaciones, adjudicación y celebración de contratos, sean estos públicos o privados, si tienen en sus nóminas un mínimo del 10% de sus empleados, en las condiciones de discapacidad enunciadas en ese mismo ordenamiento; en el 31 se dispone que los empleadores que ocupen trabajadores con limitación no inferior al 25% comprobada y que estén obligados a presentar declaración de renta y complementarios, tienen derecho a deducir de la renta el 200% del valor de los salarios y prestaciones sociales, pagados durante el año o período gravable a los trabajadores con limitación, y el 37 prevé que el Gobierno, a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y en cooperación con las organizaciones de personas con limitación, apropiará los recursos para crear una red nacional de residencias, hogares comunitarios y escuela de trabajo para atender las personas con limitaciones severas.

Es claro entonces que la precipitada Ley se ocupa esencialmente del amparo de las personas con los grados de limitación a que se refieren sus artículos 1 y 5; de manera que quienes para efectos de esta ley no tienen la condición de limitados por su grado de discapacidad, esto es para aquellos que su minusvalía está comprendida en el grado menor de moderada, no gozan de la protección y asistencia prevista en su primer artículo.

Ahora, como la ley examinada no determina los extremos en que se encuentra la limitación moderada, debe recurrirse al Decreto 2463 de 2001 que sí lo hace, aclarando que en su artículo 1º de manera expresa indica que su aplicación comprende, entre otras, a las personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en las Leyes 21 de 1982, 100 de 1993, 361 de 1997 y 418 de 1997. Luego, el contenido de este Decreto en lo que tiene que ver con la citada Ley 361, es norma expresa en aquellos asuntos de que se ocupa y por tal razón no es dable acudir a preceptos que regulan de manera concreta otras materias.

Pues bien, el artículo 7 del Decreto 2463 de 2001 señala los parámetros de severidad de las limitaciones en los términos del artículo 5 de la Ley 361 de 1997; define que la limitación “moderada” es aquella en la que la pérdida de la capacidad laboral oscila entre el 15% y el 25%; “severa”, la que es mayor al 25% pero inferior al 50% de la pérdida de la capacidad labora y “profunda” cuando el grado de minusvalía supera el 50%.”

El anterior precedente fue reiterado en la **sentencia 35606 de 2009**, donde sobre el particular anotó: De acuerdo con la sentencia en precedencia [32532 de 2008] para que un trabajador acceda a la indemnización estatuida en el artículo 26 de la Ley 361 de

1997, se requiere: (i) que se encuentre en una de las siguientes hipótesis: a) con una limitación “moderada”, que corresponde a la pérdida de la capacidad laboral entre el 15% y el 25%, b) “severa”, mayor al 25% pero inferior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral, o c) “profunda” cuando el grado de minusvalía supera el 50%; (ii) que el empleador conozca de dicho estado de salud; y (iii) que termine la relación laboral “por razón de su limitación física” y sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social. Ahora bien, en la sentencia 38993 del 3 de noviembre de 2010, esta Sala le dio la razón al tribunal en haber negado la protección prevista en el artículo 26 en comento, no solo porque el actor tenía una discapacidad dentro del rango de moderada (21.55%), sino también porque “...*la desvinculación del actor no se produjo por razón de la pérdida de su capacidad laboral, sino en virtud de haberse prolongado la incapacidad por más de 180 días sin que hubiera sido posible su recuperación, causal que se encuentra prevista como justa causa de terminación del contrato de trabajo, en el numeral 15 del aparte a) del artículo 7º del Decreto 2351 de 1965*”. Si bien en las consideraciones se anotó “...*en efecto, ya esta Corporación ha fijado su criterio en torno al tema relacionado con la aplicación de la Ley 361 de 1997, en el sentido que ella está diseñada para garantizar la asistencia y protección necesaria de las personas con limitaciones ‘severas y profundas’, pues así lo establece el artículo 1º, al referirse a los principios que la inspiran y al señalar sus destinatarios, en cuanto son las personas consideradas discapacitadas, esto es, aquellas que tengan un grado de minusvalía o invalidez superior a la limitación moderada, pues la sola circunstancia de que el trabajador sufra alguna enfermedad que lo haya incapacitado temporalmente para laborar, no lo hace merecedor a esa especial garantía de estabilidad reforzada*”, el ánimo de la Sala no fue el de apartarse del precedente 32532 de 2008 precitado, pues, justamente, a renglón seguido, se aludió a él, para reforzar su decisión, sin hacer salvedad alguna, así: “*Precisamente, la Corte en Sentencia del 15 de julio de 2008, radicación 32532, reiterada en las del 25 de marzo de 2009, rad. 35606, 16 y 24 de marzo de 2010, radicaciones 36115 y 37235, entre otras, al fijar el alcance del artículo 26 de la Ley 361 de 1997, expresó...*”

En todo caso, para despejar cualquier duda que puede suscitar la precitada sentencia en cuanto al nivel de limitación requerido para el goce de la protección en cuestión, esta Sala reitera su posición contenida en la **sentencia 32532 de 2008**, consistente en que no cualquier discapacidad está cobijada por el manto de la estabilidad reforzada previsto en el artículo 26 de la Ley 361 de 1997; dicha acción afirmativa se justifica y es proporcional en aquellos casos donde la gravedad de la discapacidad necesita protección especial para efectos de que los trabajadores afectados con ella no sea excluidos del ámbito del trabajo, pues, históricamente, las discapacidades leves que podría padecer un buen número de la población no son las que ha sido objeto de discriminación. Por esta razón, considera la Sala que el legislador fijó los niveles de limitación moderada, severa y profunda (artículo 5º reglamentado por el artículo 7º del D. 2463 de 2001), a partir del 15% de la pérdida de la capacidad laboral, con el fin de justificar la acción afirmativa en cuestión, en principio, a quienes clasifiquen en dichos niveles; de no haberse fijado, por el legislador, este tope inicial, se llegaría al extremo de reconocer la estabilidad reforzada

de manera general y no como excepción, dado que bastaría la pérdida de la capacidad en un 1% para tener derecho al reintegro por haber sido despedido, sin la autorización del ministerio del ramo respectivo. De esta manera, desaparecería la facultad del empleador de dar por terminado el contrato de trabajo unilateralmente, lo que no es el objetivo de la norma en comento.

En su jurisprudencia, la corte Constitucional en la **sentencia C 824 de 2011**, *“se ha pronunciado en relación con la marginación de que son víctimas las personas con limitaciones o con discapacidad, reconociendo que dicha marginación ha sido una constante histórica y ha tenido unas características singulares debido a particulares características de esta población, que constituyen: minorías ocultas, han sufrido de invisibilidad a los ojos de los gobiernos y de la sociedad, y tienen una gran heterogeneidad relativa al tipo de limitaciones o discapacidades, al alto grado de ignorancia, prejuicios, negligencia o incomodidad que generan estas limitaciones o discapacidades en las autoridades y en la sociedad, y en la conjunción de limitaciones y discapacidades con otros tipos de discriminación común como la del genero, racial, etc.”*

La **sentencia t- 553 de 2011**, señala el *“DERECHO A LA IGUALDAD Y PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACION- Prohíbe cualquier diferenciación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, entre otras*

El derecho a la igualdad prohíbe cualquier diferenciación injustificada, originada en razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, entre otros criterios. Además, establece la obligación a cargo del estado de adelantar acciones afirmativas a favor de grupos históricamente marginados y excluidos de la sociedad.

Es así como la jurisprudencia de esta corte ha reconocido las diferentes barreras y disímiles obstáculos de todo orden, jurídicos, socioeconómicos, políticos y culturales que han tenido que padecer las personas con limitaciones o con discapacidad en nuestra sociedad.

8. METODOLOGÍA

La metodología utilizada es una investigación descriptiva busca establecer las dificultades en el acceso a los servicios de salud en personas con discapacidad visual. Esta investigación es de tipo, no experimental, transeccional, descriptivo; no experimental porque no se pueden manipular las variables, los datos a reunir se obtendrán de diferentes fuentes con opiniones propias y transeccional ya que la recolección de datos se realizará en un solo tiempo, es decir se observa la reforma al fuero militar como un fenómeno tal y como se dan en su contexto natural, para poder analizarlo⁶⁸.

La técnica usada en este trabajo es el estado del arte, el cual se entiende como el que responde a los principios de comprensión, coherencia, e integración. El propósito en su elaboración fue dar cuenta de la literatura existente sobre el tema e identificar las fuentes de información que se han encargado de exponerlo, a partir del desarrollo de las categorías escogidas para su estudio.

La construcción del estado del arte es una actividad científico-tecnológica cuyo propósito es identificar y asimilar el conocimiento teórico y científico relevante que existe en un área temática determinada, en éste caso las dificultades en el acceso a los servicios de salud en personas con discapacidad visual. La construcción del estado del arte, que es mucho más que un simple inventario de obras ya que lo trasciende, tiene como fundamento teórico principal a la hermenéutica⁶⁹.

Para la construcción del estado del arte se debe desglosar la temática en subtemas, cada uno de los cuales delimitan el campo de conocimiento y está constituido por investigaciones afines, se investiga mediante la revisión detallada y cuidadosa que se hace de los documentos que tratan dicha temática. Cada uno de estos documentos engrosa el conjunto del núcleo temático respectivo y puede ser de diferente naturaleza (libro, artículo, ensayo, reporte de investigación, etc.). Debe tenerse presente que mediante la construcción del estado del arte se pretende ofrecer una visión global del estado actual en la temática seleccionada que parte de una ubicación textual hacia una comprensión contextual.

Se realiza a través de 5 fases⁷⁰:

- **Fase Preparatoria:** Ésta fase tiene como fin orientar cómo habrá de realizarse el estudio, cuál es la temática seleccionada, cuáles son los núcleos temáticos

⁶⁸ HERNÁNDEZ, C. FERNÁNDEZ, C. & BAPTISTA, C. *Metodología de la investigación*. México. 2002. Mc Graw Hill.

⁶⁹ HERNÁNDEZ, C. FERNÁNDEZ, C. & BAPTISTA, C. *Metodología de la investigación*. México. 2002. Mc Graw Hill.

⁷⁰ Ibid

comprendidos en el tema central; cuál es el lenguaje básico común a utilizar, así como los pasos a seguir a través del estudio.

- **Fase Descriptiva:** Ésta fase comprende el trabajo de campo que se realiza con el fin de dar cuenta de los diferentes tipos de estudios que se han efectuado sobre el tema central y sus núcleos temáticos, cuáles son sus referentes disciplinares y teóricos, qué autores las han asumido y que perspectivas metodológicas se han utilizado. Este trabajo se efectúa a través de la revisión detallada y cuidadosa de cada una de las unidades de análisis.
- **Fase de Interpretación:** En esta fase se amplía el horizonte de estudio utilizado en la fase anterior analizando el conjunto correspondiente a cada núcleo temático, con el fin de proporcionar nuevos datos.
- **Fase de Construcción:** Ésta fase comprende un balance del conjunto de resultados del estudio; este balance parte de la interpretación y busca identificar vacíos, limitaciones, dificultades, tendencias y logros obtenidos en la temática estudiada con el fin de presentar el estado actual de la investigación en la misma de manera global y permitir orientar los procesos de investigación.
- **Fase de Extensión y Publicación:** Ésta última fase consiste en la divulgación de los resultados a través de una publicación.

FUENTES

Las fuentes primarias usadas en este trabajo son principalmente las leyes, decretos y todos los documentos que dan soporte legal al derecho a la salud, además las fuentes secundarias que brindaron los diferentes puntos de vista de diferentes personajes vinculados con el tema. Además, se cuenta con fuentes de información terciarias relacionadas.

CONCLUSIONES

Es importante recordar que el objetivo principal del trabajo era determinar si las personas con discapacidad visual tienen dificultades de orden jurídico, económico, social o de cualquier otro tipo que les impida el acceso a los servicios de salud y en caso de detectar dichas dificultades realizar recomendaciones encaminadas a la solución del problema.

Luego del análisis de la normatividad existente a nivel nacional e internacional y el estudio de la jurisprudencia de las honorables cortes constitucional y suprema de justicia se logro obtener las siguientes conclusiones.

Existe suficiente normatividad a nivel nacional e internacional dirigida a proteger y garantizar los derechos, especialmente a la seguridad social y a la salud de las personas en estado de debilidad manifiesta, como lo son las personas con discapacidad visual.

Esta demostrado que en muchas ocasiones en nuestro país las personas con discapacidad visual han tenido que recurrir a la tutela y a la justicia ordinaria para que se de cumplimiento a las normas y se les garanticen sus derechos, lo que demuestra que efectivamente existen dificultades para este tipo de personas al momento de acceder a los servicios de salud, quizá la mayor barrera o dificultad se presenta cuando para el tratamiento de sus problemas visuales se hace necesario la utilización de medicamentos o tratamientos que no se encuentran incluidos en el POS plan obligatorio de salud, ante lo que tienen que acudir a los jueces de la republica para que por vía judicial se ordene la entrega de los medicamentos o la realización de los tratamientos.

Del análisis de la jurisprudencia se evidencia igualmente que las altas cortes en sus sentencias han hecho cumplir la normatividad existente con lo cual se le han materializado los derechos a las personas que padecen la discapacidad, no solo en el campo de la salud, también lo ha hecho en materia laboral la Corte Suprema de Justicia cuando a ordenado por ejemplo que un trabajador sea reintegrado al trabajo en un puesto en el cual pueda sobre llevar la discapacidad que padezca después de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional.

En materia de pensiones la honorable corte suprema de justicia ha sido garantista al momento de reconocer derechos a las personas que han perdido su capacidad laboral.

En el campo de lo social encontramos que es un hecho notorio que existen dificultades que afectan el acceso a los discapacitados visuales a una atención medica de calidad, es evidente que las empresas promotoras de salud ven en la prestación del servicio un

negocio bastante lucrativo, razón por la cual el servicio es de mala calidad, de nada sirve tener acceso a la salud si la atención que se recibe no es la óptima.

Antes de desarrollar el trabajo me pregunte si existían dificultades en el acceso a los servicios de salud por parte de las personas con discapacidad visual, la respuesta es si, como ya fue señalado.

Otro propósito era que en caso de que existieran dificultades realizar recomendaciones dirigidas a mejorar el servicio.

En ese sentido lo primero que debo de decir es que la salud requiere a la mayor brevedad una intervención del gobierno nacional, la seguridad social y especialmente la salud no puede ser vista y manejada como un negocio que enriquece a unos pocos y que atenta contra el derecho a la vida de la mayor parte de los colombianos, afectando con mayor rigor a las personas discapacitadas y demás grupos considerados vulnerables.

El plan obligatorio de salud debe desaparecer por que a lo único que a contribuido es a afectar la salud de los colombianos y a congestionar los despachos judiciales con el sinnúmero de tutelas que se presentan a diario, dirigidas a garantizarle a los colombianos y especialmente a los mas desfavorecidos el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida, convirtiéndose en una dificultad en el acceso a los servicios de salud.

Las EPS empresas promotoras de salud deben de recibir un control efectivo por parte de la Superintendencia Nacional de salud que garantice que estas empresas presten un servicio efectivo y de calidad.

La salud en nuestro país para ser óptima requiere de cambios en muchos aspectos del diario vivir y uno de los instrumentos que puede lograr ese propósito es la investigación y socialización del problema, razón por la cual las instituciones de educación superior están llamadas a lograr este fin ultimo, que es que la prestación de los servicios de salud en el país sean de excelente calidad.

BIBLIOGRAFÍA

CAICEDO et al. Modelo de atención integral en salud visual. INCI, 2010

CARRASQUILA y Otros. La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Bogotá. 2009. Fundación Saldarriaga Concha. Fundación Santa Fé de Bogotá

CASTRO, Juan. Reflexiones conceptuales sobre la promoción de la salud. 2001. pág. 6.

GÓMEZ, Julio. Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en Capital Humano. Bogotá. 2010. Colombia Líder. Fundación Saldarriaga Concha

HERNÁNDEZ, C. FERNÁNDEZ, C. & BAPTISTA, C. Metodología de la investigación. México. 2002. Mc Graw Hill

ROBAYO et al. Evaluación del impacto de los programas públicos de salud visual en diez departamentos de Colombia. Convenio interinstitucional suscrito entre la Universidad Santo Tomás y el Instituto Nacional para Ciegos (INCI). Convenio específico 005-2009. 2009

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 008 de 1994. (06 de Julio de 1994). Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá. El Consejo. 1994. 9 p.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia. (20 de Julio de 1991). 1991.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 1295 de 1994. (22 de Junio de 1994). Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Diario Oficial. Santafé de Bogotá. 1994. No. 41.405.

COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3039 de 2007. (10 de Agosto de 2007). Por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007 – 2010. Bogotá. El Ministerio. 2007. 50 p.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 10 de 1990. (10 de Enero de 1990). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá. 1990. No. 39.137.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 60 de 1993. (12 de Agosto de 1993). Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Santafé de Bogotá. 1993. No. 40.987.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. (23 de Diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Santafé de Bogotá. 1993. No. 41.148.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia 478 de 2003 (10 de Junio de 2003).

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T – 487 de 2003 (11 de Junio de 2003).

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T – 594 de 2003 (17 de Julio de 2003).

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T – 397 de 2004 (29 de Abril de 2004).

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T – 340 de 2010 (11 de Mayo de 2010).

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T – 726 de 2011 (27 de Septiembre de 2011).

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T – 551 de 2011 (07 de Julio de 2011).

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000. (25 de Febrero de 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá. 2000. 6 p.

COLOMBIA. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Laboral. Radicación 41845. Acta 33 (18 de Septiembre de 2012). Magistrado Carlos Ernesto Molina Monsalve. Bogotá.

COLOMBIA. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Laboral. Radicación 39863. Acta 9 (23 de Marzo de 2011). Magistrado Camilo Tarquino Gallego. Bogotá.

COLOMBIA. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Laboral. Radicación 39207. Acta 30 (28 de Agosto de 2012). Magistrado Jorge Mauricio Burgos Ruíz. Bogotá.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de política de habilitación y rehabilitación integral. Bogotá, 2004

NACIONES UNIDAS, Asamblea General. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Diciembre 6 de 2006. Pág. 2

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). 2001

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva 282. Junio de 2012

CANSECO, J. Situación de la discapacidad en la región andina (legislación y políticas de estado). *Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue (ORASCONHU)*. 2009.

CÉSPEDES et al. *Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud*. Salud Pública. Volumen 2. Número 2. 2000. Pág. 145 – 164

CORREA, L. Panorama de la protección jurisprudencial a los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia. *Vniversitas*. 2009. (118): 115-139.

RAMÍREZ, L. Realidad de la tutela en salud en Colombia - Estadísticas 2010. *Actualisalud*. 2011

SUÁREZ, J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *Medicina UPB*. 2011. 30 (2): 170-180.

VARGAS, VÁZQUEZ & MOGOLLÓN. Acceso a la atención en Salud en Colombia. *Revista de salud pública*. 2010. 12 (5): 701-712.