

Discapacidad en Bogotá: origen y barreras

Leonardo Salas-Zapata¹
Ana Marcela González-Barrera².

Resumen

Introducción: el análisis de la discapacidad debe considerar la interacción entre su origen y las dificultades generadas a la persona, donde el entorno se constituye en un elemento facilitador o de barrera percibida para responder a las necesidades de la vida cotidiana. El presente estudio tuvo como objetivo describir las características registradas de las personas con discapacidad haciendo énfasis en el origen de la discapacidad, las dificultades presentes y las barreras físicas percibidas a razón de las dificultades. **Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal donde se analizaron 98.675 registros del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD). **Resultados:** los orígenes de la discapacidad más registrados fueron por enfermedad general, alteración genética-hereditaria y accidentes. Las dificultades más reportadas fueron para caminar, correr y saltar. Las barreras físicas percibidas como más frecuentes correspondieron al entorno social. **Conclusiones:** el RLCPD permite analizar la discapacidad de forma integral y con perspectiva biopsicosocial, dado que ello facilita relacionar las dificultades permanentes con el origen de la discapacidad y de las barreras físicas percibidas.

Palabras clave: personas con discapacidad, estudios de la discapacidad

Abstract

Introduction: the analysis of disability must consider the interaction of its origin and difficulties in the person, where the environment is a facilitator or perceived barrier to respond to the needs of daily life. This study aimed to describe the registered characteristics of people with disabilities emphasizing the origin of the disability, the present difficulties and the perceived physical barriers due to the difficulties. **Materials and Methods:** descriptive cross-sectional study where 98675 records of the Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD) were analyzed. **Results:** the origin of the most registered disability was due to general illness, genetic-hereditary alteration and accidents. The most reported difficulties were for: walking, running and jumping. The physical barriers perceived as more frequent corresponded to the social environment. **Conclusions:** the RLCPD allows to analyze the disability in an integral way and from the biopsychosocial perspective, since it facilitates to relate the permanent difficulties with the origin of the disability and the perceived physical barriers.

Keywords: disabled persons, disability studies

1. Introducción

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un "término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contex-

¹ Correo electrónico: L1Salas@saludcapital.gov.co. Subsecretaría de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud (SDS), Bogotá, D. C., carrera 32 # 12-81, Bogotá, Cundinamarca.

² Correo electrónico: amgonzalez@saludcapital.gov.co. Subsecretaría de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud (SDS), Bogotá, D. C., carrera 32 # 12-81, Bogotá, Cundinamarca.

tuales (factores ambientales y personales)” (1). La discapacidad puede originarse por diferentes causas, y el entorno físico o social puede ser un elemento facilitador o de barrera para dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad (PcD).

Con el fin de disminuir esas barreras se ha hecho un esfuerzo a escala mundial por garantizar los derechos de las PcD, y Colombia no es la excepción (2). La Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022 buscó asegurar el goce pleno de los derechos de las PcD; para ello, se fundamentó en un análisis de situación, que tuvo distintas fuentes de información; entre ellas, el RLCPD (2), el cual es un sistema de información administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, y que ha permitido localizar y caracterizar a estas personas, con el fin de que dicha información sirva para el desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a garantizar sus derechos (3).

Por otro lado, Bogotá, a diferencia del antecedente nacional, adoptó desde 2007 la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital definiendo dos propósitos fundamentales: la inclusión social de las PcD y la búsqueda del bienestar en las PcD (4). Desde ese entonces, el RLCPD se ha consolidado como un instrumento de decisión política dentro de la dinámica de la ciudad, y siendo la única fuente de información oficial en el país para la caracterización en este grupo poblacional; además, se lo ha tomado como insumo para identificar a la población potencialmente beneficiaria de planes, programas y proyectos que se han generado dentro del marco de la implementación de esta política. Sumado a ello, que el RLCPD incluya más de 200 variables permitiría obtener una mayor especificidad en la información registrada. Debido a esto, el presente estudio tuvo como objetivo describir las características y las con-

diciones de las PcD haciendo énfasis en el origen de la discapacidad, las dificultades presentes y las barreras físicas percibidas dadas esas dificultades.

2. Materiales y métodos

Estudio de corte transversal donde se analizaron 98.675 registros del RLCPD residentes en Bogotá durante el periodo 2012-2018. Esta cantidad se obtuvo al excluir los registros realizados y de residentes fuera de Bogotá, duplicados, y de población fallecida al momento del estudio. Proceso de depuración consistente con el reporte de información oficial por parte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Registrarse en el RLCPD es un proceso voluntario, gratuito, presencial e individual, pues se basa en el autorreconocimiento de la condición; en casos excepcionales, en los que las características de la discapacidad impiden que la PcD aporte información, el proceso es apoyado por el cuidador o un familiar, quien transmite la información. Tiene cobertura en todas las localidades del Distrito Capital y es operado por las Subredes Integradas de Atención en Salud, mediante la implementación de las estrategias de puntos fijos de registro, visitas domiciliarias e institucionales, búsqueda e identificación de población en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y participación en actividades poblacionales itinerantes.

Se hizo un análisis descriptivo donde se identificó el origen de la discapacidad por doce causas, de las cuales siete tenían subcategorías, debido al diseño del formulario del RLCPD³. De estas siete, no se hizo una

³ Las causas de discapacidad fueron: condiciones de salud de la madre durante el embarazo; complicaciones durante el parto; enfermedad general; alteración genética-hereditaria; lesión autoinfligida; enfermedad profesional (medio ambiente físico del lugar de trabajo, condiciones de seguridad, contaminantes, carga de trabajo física o mental, organización del trabajo, otra enfermedad profesional); consumo de psi-

descripción de la discapacidad de origen por desastres naturales, dado el bajo número de registros ($n = 13$).

Para cada origen de la discapacidad se identificaron las dificultades permanentes, y, en el caso de cada dificultad, las barreras percibidas por las PcD. Esto se reportó a través de una semaforización de proporciones basadas en las siguientes fórmulas:

Como tipos de limitaciones/dificultades se tomaron las categorías del RLCPD, donde se le preguntó a cada encuestado si en sus actividades diarias presentaron dificultades permanentes para:

- » Pensar; memorizar.
- » Percibir la luz; distinguir objetos o personas, a pesar de usar lentes o gafas.
- » Oír, aun con aparatos especiales.
- » Distinguir sabores y olores.
- » Hablar y comunicarse.
- » Desplazarse en trechos cortos, por problemas respiratorios o del corazón.
- » Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos.
- » Retener o expulsar la orina; tener relaciones sexuales; tener hijos.
- » Caminar, correr o saltar.
- » Mantener sanos la piel, las uñas y los cabellos.

coactivos (psicoactivos aceptados socialmente y psicoactivos socialmente no aceptados); desastre natural (terremoto, inundación, deslizamiento, otro desastre natural); accidente (de tránsito, en el hogar, en el centro educativo, de trabajo, deportivo, otro tipo de accidente); víctima de violencia (en el interior del hogar, por delincuencia común, por violencia social, por otra forma de violencia); conflicto armado (arma de fuego, bomba, minas antipersonas, municiones sin explotar, artefactos explosivos improvisados, otro tipo de arma); dificultades en la prestación de servicios de salud (atención médica inoportuna, equivocaciones en el diagnóstico, formulación o aplicación equivocada de medicamentos, deficiencias en la calidad de la atención, otra dificultad en la prestación de servicios), y otra causa.

- » Relacionarse con las demás personas y el entorno.
- » Llevar, mover y utilizar objetos con las manos.
- » Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo.
- » Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo.
- » Otra.
- » Ninguna.

Las barreras percibidas fueron analizadas a partir de la pregunta: "¿En qué lugares de su vivienda o de su entorno físico encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?", y posteriormente fueron agrupadas en dos categorías:

Barreras del entorno inmediato (condiciones de la vivienda):

- » Dormitorio.
- » Sala-comedor.
- » Baño-sanitario.
- » Escaleras.
- » Pasillos-patios.

Barreras del entorno social (condiciones del entorno):

- » Andenes-aceras.
- » Calles y vías.
- » Parques, plazas, estadios, teatros e iglesias.
- » Paraderos y terminales de transporte.
- » Vehículos de transporte público.
- » Centros educativos.
- » Lugares de trabajo.
- » Centros de salud y hospitales.
- » Centros comerciales, tiendas y plazas de mercado.

- » Otros lugares.
- » Ninguno.

La edad al origen de la discapacidad se estimó a partir de la diferencia entre el tiempo en años con la alteración y la edad registrada. Para cada localidad se estimó la tasa anual de PcD registradas por 1000 habitantes correspondiente a 2018, la cual fue ajustada utilizando el método directo y empleando como población estándar la población de Bogotá para ese año. Las tasas fueron ajustadas con el fin de eliminar los efectos de las diferencias de la edad entre las 20 localidades, y así poder compararlas; por tal motivo, no necesariamente las tasas ajustadas coinciden con las no ajustadas (5).

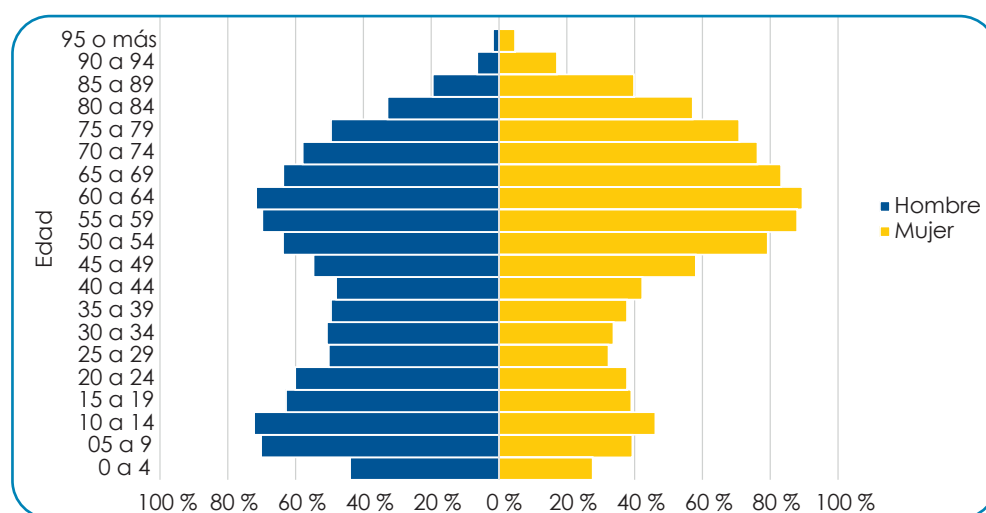
El análisis de la base de datos se realizó en Microsoft Excel, y el ajuste de las tasas se hizo en Epidat 4.2. Adicionalmente, se georreferenciaron las direcciones de residencia registradas en el RLCPD, a fin de obtener la concentración de PcD a escala distrital, y entendida esta como el número de personas por unidad de área calculada en el mapa. Para

eso se utilizó ArcGIS 10.6 como herramienta de análisis espacial de densidad.

3. Resultados

Durante el periodo 2012-2018 se registraron 98.675 PcD en Bogotá; en los últimos 2 años se mostró un total de 18.308 y 18.310 registros, respectivamente, y que son las cifras más altas observadas desde el inicio del RLCPD en la ciudad. Del total de registros durante el periodo estudiado, se identificó que alrededor de la tercera parte de estos (30,6%) correspondieron a PcD en edades de 50-69 años; no obstante, al observar la distribución de los registros por sexo y edad se identificó una distribución bimodal para ambos sexos, con una concentración tanto en edades de 10-19 años como de 50-69 años. Adicionalmente, llama la atención que los hombres representan, en promedio, el 58,4% de los registros hasta los 44 años, y desde los 45 años en adelante quienes representan la mayor cifra son las mujeres, con un promedio del 63,4% (figura 1).

Figura 1. Distribución de las PcD según sexo y edad al momento del registro del encuestado. Bogotá, D. C., 2012-2018



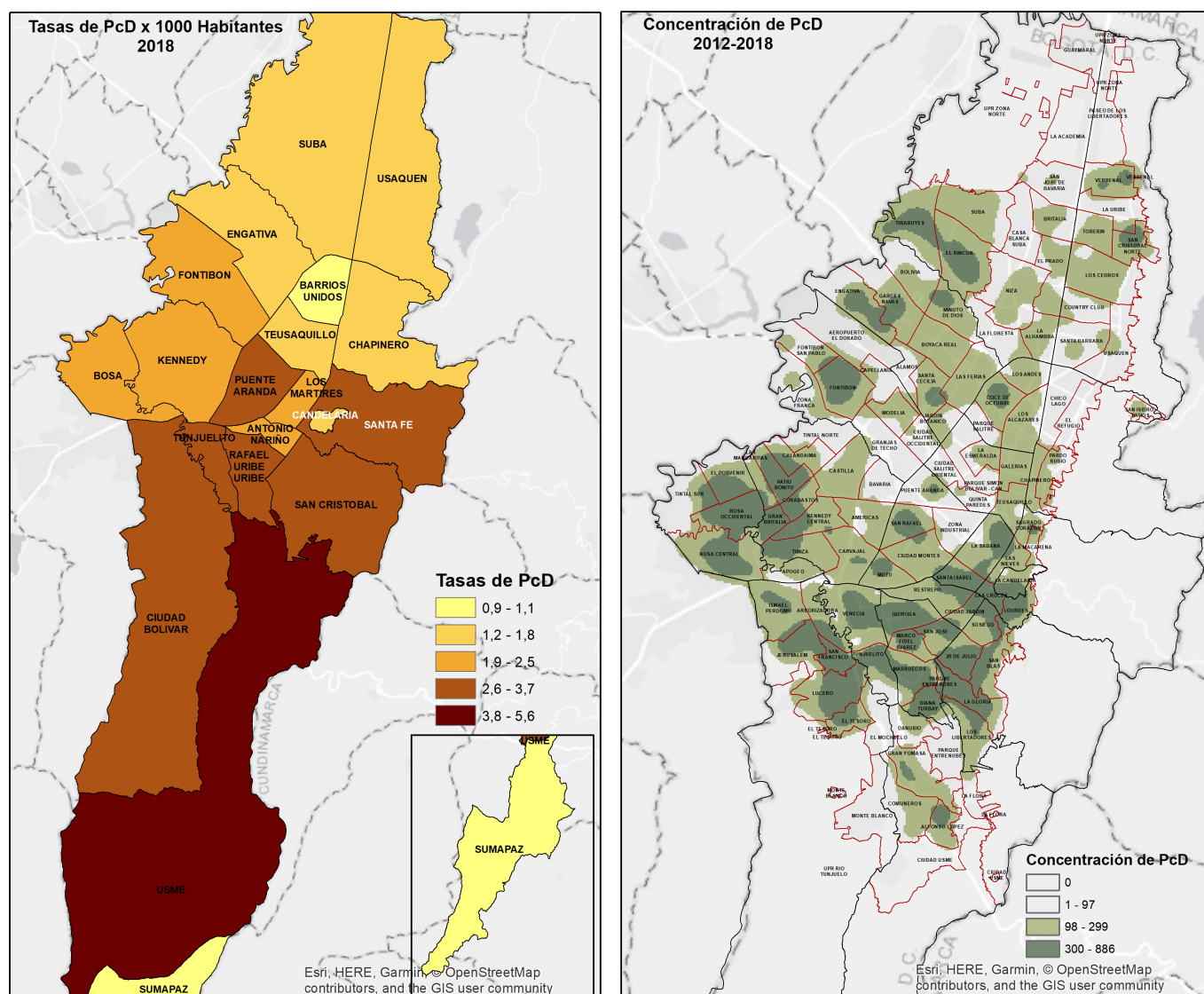
Fuente: Elaboración propia, a partir del RLCPD.

Al analizar la distribución de las PcD por localidad de residencia, se encontró que 6 localidades concentraron el 53,9% de los 98.675 registros del periodo: Kennedy (10,4%), Ciudad Bolívar (9,7%), Bosa (9,4%), Suba (8,9%), Rafael Uribe (7,8%) y Engativá (7,8%). Las 3 localidades con las tasas más altas fueron: Usme (4,4), Puente Aranda (3,9) y Santa Fe (3,7); al ajustar las tasas, fueron, en

su orden: Usme (5,6), Puente Aranda (3,7) y San Cristóbal (3,6) (figura 2).

Si bien las localidades mencionadas presentaron las tasas más altas, llamó la atención que las zonas con alta concentración de PcD se observaron en localidades como Bosa, Los Mártires, Santa Fe y Ciudad Bolívar (figura 2).

Figura 2. Mapa de tasas ajustadas de PcD registradas por 1000 habitantes según localidad de residencia para 2018, y concentración de PcD por lugar de residencia durante el periodo 2012-2018



Fuente: Elaboración propia, a partir del RLCPD.

Se describieron los registros según algunas características de interés, y así se encontró que 3 de cada 4 PcD recibieron orientación sobre discapacidad (74,2%), y 2 de cada 3 PcD recibieron atención general en salud durante el último año al momento del registro (66,2%); no obstante, el 88,1% manifestaron no haberse recuperado de su condición de discapacidad, y el 86,6% de las PcD de 15 o más años percibieron que su capacidad laboral desmejoró debido a su situación. Por otro lado, la tercera parte de las PcD (32,8%) registraron que existían o existieron en su familia más casos de PcD.

Al detallar el origen de la discapacidad se observó que las primeras 3 causas fue-

ron: enfermedad general (41,7%), alteración genética-hereditaria (10,5%) y accidentes (8,3%); no obstante, llama la atención que el 22% de los registrados desconocía el origen de su discapacidad (tabla 1).

Los hombres tuvieron más peso en todas las causas de discapacidad registradas, excepto por enfermedad general (42,1%), alteraciones genéticas (44,8%) y en casos de origen desconocido de la discapacidad (45,3%). Para algunas causas, la relación de mujeres y hombres llamó la atención: por cada mujer hubo 15 hombres con discapacidad por el conflicto armado; 4, por consumo de psicoactivos; 3, como víctimas de violencia, y 2, por accidentes (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los PcD según sexo y origen de la discapacidad. Bogotá, D. C., 2012-2018

Origen de la discapacidad	Hombre	Mujer	Razón H/M	Total
Enfermedad general	17.297	23.816	0,7	41.113
Alteración genética, hereditaria	4.617	5.697	0,8	10.314
Accidente*	5.453	2.729	2,0	8.182
Complicaciones durante el parto	2.339	1.644	1,4	3.983
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	2.146	1.634	1,3	3.780
Enfermedad profesional*	695	666	1,0	1.361
Víctima de violencia*	885	269	3,3	1.154
Conflicto armado*	1.047	72	14,5	1.119
Consumo de psicoactivos*	800	184	4,3	984
Dificultades en la prestación de servicios de salud*	408	339	1,2	747
Lesión autoinfligida	59	48	1,2	107
Desastre natural*	8	5	1,6	13
Otra causa	2.127	2.028	1,0	4.155
No sabe cuál es el origen	9.823	11.840	0,8	21.663
Total	47.704	50.971	0,9	98.675

* Origen que incluye subcategorías.
Fuente: Elaboración propia a partir del RLCPD.

accidentes de trabajo, y 1523 (18,6%), a accidentes en el hogar.

Cuando la causa registrada fue el accidente de tránsito, se observó que una de cada 3 personas (33,7%) tenían entre 20 y 34 años de edad al momento del accidente, y que el 69,6% eran hombres. Mientras, si la causa fue un accidente de trabajo, uno de cada 4 accidentes ocurrió a personas con edades que iban de los 30 a los 39 años (24,8%), y en el 81,5% de los casos las víctimas eran hombres. Por otro lado, para los accidentes ocurridos en el hogar, uno de cada 4 les ocurrieron a niños de 0-9 años de edad (25,2%), y en su mayoría, a mujeres (54,5%).

3.2 Discapacidad por enfermedad profesional

Se registraron en 2018 en Bogotá 244 PcD cuyo origen fue enfermedad profesional, y 1361 durante el periodo 2012-2018. La distribución de los accidentes por enfermedad profesional fue similar según el sexo; la mayoría pertenecían al régimen contributivo (55,7%) y tenían nivel educativo bajo (básica primaria o básica secundaria) (62,5%).

Del total de registros del periodo, 538 (39,5%) correspondieron a carga de trabajo física o mental; 243 (17,8%), al ambiente físico del lugar de trabajo, y 158 (11,6%), a condiciones de seguridad como las propias de la maquinaria, de los equipos de seguridad o de las herramientas. Aproximadamente el 41,1% de estos accidentes ocurren a personas en edades entre los 45 y los 59 años, y el 51,6%, a personas en edades entre los 40 y los 59 años.

3.3 Discapacidad por víctima de violencia

Se registraron para 2018, en total, 159 PcD cuya discapacidad fue por violencia, y durante el periodo 2012-2018 se registraron 1154 por esta causa. La mayoría de las víctimas pertenecían al régimen subsidiado (51,3%) y eran de nivel educativo bajo (básica primaria, básica secundaria) (72,3%).

El tipo de violencia más frecuente fue la delincuencia común, con 606 registros (52,5%), seguida de la violencia social, con 212 (18,4%), y la violencia dentro del hogar, con 126 (10,9%). Para estas subcategorías no se evidenciaron concentraciones por edad, pero sí se observó que por cada mujer víctima de violencia hubo 8 hombres víctimas de delincuencia común y 3 víctimas de violencia social, relación que se invirtió con la violencia en el interior del hogar, donde por cada hombre hubo 4 mujeres víctimas de este tipo de violencia.

3.4 Discapacidad por el conflicto armado

Durante el periodo 2012-2018 se registraron 1119 PcD por el conflicto armado. Llama la atención que al ver el comportamiento anual de los registros por conflicto armado, hay una disminución desde 2016, al pasarse de 234 registros para ese año a 145 para 2018, un comportamiento contrario al aumento de registros que se ha visto en el ámbito distrital.

Por grupos de edad, se observó que el 48,4% de los registros estuvo concentrado en edades de 20-29 años. La mayoría de los registros correspondieron al régimen especial (58,4%) y de nivel educativo bajo (básica primaria, básica secundaria) (47,9%). Esto se

relaciona con que a dicho régimen pertenecen sectores como las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Al analizar las subcategorías para las causas de discapacidad por conflicto armado, se encuentran 420 registros (37,5%) por arma de fuego; 318 (28,4%), por minas antipersonas, y 127 (11,3%), por artefactos explosivos improvisados.

El 93,6% de todos los registros por el conflicto armado fueron en hombres, y esto fue consistente para todas las subcategorías, aunque en algunas hubo mayor participación de las mujeres: por ejemplo, cuando la causa fue un arma de fuego (9,8%).

3.5 Discapacidad por consumo de psicoactivos

Durante el periodo 2012-2018 se registraron 984 PcD por consumo de psicoactivos, de los cuales 372 correspondieron a 2018. Por grupos de edad, se observó que, del total de estos registros durante el periodo, el 39% estuvo concentrado en edades de 15-24 años, y el 48,6%, en edades de 15-29 años. Esta misma distribución se vio para ambos sexos; no obstante, el mayor número de registros correspondió a hombres, con una cantidad de 800 (81,3%). La mayoría de las personas pertenecían al régimen subsidiado (63,9%) y eran de nivel educativo bajo (básica primaria, básica secundaria) (53 %).

Del total de registros durante el periodo, 620 (63%) ocurrieron por consumo de psicoactivos socialmente no aceptados, y 340 (34,6%), por los aceptados socialmente. En ambas situaciones, la distribución por sexo mostró que la mayor proporción estuvo representada por los hombres, con el 81,5%.

3.6 Discapacidad por dificultades en la prestación de servicios de salud

Durante el periodo 2012-2018 se registraron 747 PcD por causas relacionadas con los servicios de salud, de los cuales 68 fueron registros de 2018. La mayoría de estas personas pertenecían al régimen contributivo (58,1 %) y eran de nivel educativo bajo (básica primaria, básica secundaria) (51,4 %).

El mayor número de registros por esta causa correspondieron a 323 (43,2%) niños que adquirieron la discapacidad en edades entre los 0 y los 4 años, aún por las diferentes subcategorías de esta causa. Para el mismo periodo hubo 246 registros (32,9%) de origen por deficiencias en la calidad de la atención, seguidos de atención médica inoportuna, con 123 registros (16,5%).

3.7 Dificultades permanentes y barreras percibidas

Se identificaron las dificultades más frecuentes tomando en cuenta que el RLCPD permite registrar más de una para cada PcD. En general, se observó que, independientemente del origen, las PcD registraron más a menudo la dificultad para caminar, correr o saltar, excepto cuando el origen de la discapacidad estuvo en condiciones de salud de la madre durante el embarazo y en complicaciones durante el parto, donde la dificultad para pensar y memorizar fueron las más frecuentes, seguidas de la dificultad para hablar y para comunicarse, las cuales se pueden asociar a la discapacidad intelectual (cognitiva). De la misma forma, cuando el origen fue por consumo de psicoactivos, la dificultad más frecuente fue para pensar y memorizar, seguida de la dificultad para relacionarse con los

demás y su entorno, las cuales se asocian a la discapacidad psicosocial (mental).

Al analizar las barreras físicas percibidas según la dificultad presente, se evidenció que, indistintamente de las limitaciones en la PcD, las barreras percibidas con mayor frecuencia fueron las condiciones del entorno; específicamente, las relacionadas con vías y transporte público, mientras que las escaleras y los pasillos fueron las barreras más frecuentes respecto a condiciones de la vivienda (tabla 2).

4. Discusión

Los resultados del presente estudio fueron consistentes con lo reportado a escala nacional y en otras ciudades, como Medellín (6,7); sin embargo, mientras que en Bogotá y Barranquilla la segunda causa registrada de discapacidad fueron las alteraciones genéticas, en Medellín, Cali y Pasto dicho lugar es ocupado por los accidentes (7). De la misma forma, si bien la primera causa de accidentes en Bogotá y Medellín fueron los de tránsito, la segunda causa de los accidentes para Bogotá fue por cuestiones de trabajo, seguidas por las del hogar, mientras que en Medellín se invirtió el orden (7,8).

El RLCPD es en la actualidad la única fuente de información oficial en el país que da cuenta del origen de la discapacidad, las dificultades de las PcD y las barreras físicas percibidas por esta población en el nivel de especificidad reportado en el presente estudio; no obstante, la información que se obtenga del RLCPD debe ser interpretada con cautela, tomando en cuenta su alcance y sus limitaciones, pues no abarca al 100% de la población; esto, debido a que es un proceso voluntario y de autorreconocimiento.

Si bien desde la implementación del RLCPD se registraron a lo largo de los últimos dos años los mayores números de PcD, esto no quiere decir que haya un aumento de PcD en Bogotá, por cuanto la cantidad de registros puede estar influenciada por la voluntad de las PcD o de sus familiares para hacerlos, y ello, a su vez, puede estar relacionado con factores como los incentivos para los programas ofertados y el posicionamiento de la estrategia de búsqueda de identificación de PcD (7).

Desde el punto de vista epidemiológico, se debe tener precaución cuando se hagan estudios a partir del RLCPD, ante la presencia de sesgos; a partir de lo ya mencionado, por ejemplo, es evidente un sesgo de selección. De igual forma, puede haber un sesgo de información, relacionado con el proceso de autorreconocimiento de la condición, y donde las percepciones particulares de cada persona registrada pueden subjetivizar las respuestas.

De igual forma, se debe tener presente que el RLCPD es una fuente de información de la cual en años anteriores se dijo que abarcaba alrededor del 52% de las PcD (9). Ese porcentaje pudo haber aumentado a lo largo de los últimos años y variar de una ciudad a otra; sin embargo, no deja de ser una fuente de información que subestima la cantidad de PcD.

Bogotá es una ciudad compleja por su dimensión territorial y poblacional, y donde algunas localidades podrían ser más grandes y tener más habitantes que la mayoría de las ciudades en el país; por ello, estimar tasas de registros para el Distrito Capital y sus localidades no sería lo más útil para focalizar acciones en salud pública, pues se encontró que hay zonas con mayor densidad donde convergieron dos o más localidades, y donde podría ser más efectivo destinar las acciones sectoriales e

intersectoriales en la ciudad. En relación con esto, sería provechoso contar con información de ocurrencia de las causas de origen de la discapacidad, lo que complementaría dicho análisis de causas, como: accidentes, violencia y prestación de servicios de salud, entre otros.

Las barreras físicas percibidas y registradas con mayor frecuencia correspondieron a condiciones del entorno social, y, en menor medida, a las del entorno inmediato. Esto sugiere que para una PcD puede ser más fácil adaptar a sus necesidades el lugar donde vive, y no los demás espacios donde transcurre su vida; no obstante, si bien las escaleras y los pasillos fueron categorizadas en el presente estudio como condiciones de la vivienda, estas también podrían ser consideradas barreras del entorno en lugares públicos.

Tomando en cuenta las dificultades aquí mencionadas y la normatividad vigente

respecto a la certificación de discapacidad y el RLCPD, donde el responsable de identificar y certificar la condición es el asegurador, y no la PcD, la ciudad, los programas y los servicios deberán adaptarse, durante los próximos años, a los cambios que este proceso genere. En coherencia con lo anterior, dentro del marco de la gestión del riesgo y la prevención de mayor dependencia en la persona con discapacidad, se evidencia la necesidad de desarrollar otras estrategias de vigilancia en salud pública que permitan profundizar en el origen de la discapacidad, las causas de esta condición, las principales dificultades que genera en la persona y las barreras más frecuentes, de modo que permita, a su vez, analizar la relación entre las limitaciones para la realización de las actividades cotidianas y la restricción de la participación con una perspectiva integral.



Tabla 2. Frecuencia porcentual de las dificultades permanentes registradas según origen de la discapacidad y barreras percibidas según dificultades. Bogotá, D. C., 2012-2018

Origen de la discapacidad	Pensar, memorizar	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	Oír, aun con aparatos especiales	Distinguir olores y sabores	Hablar y comunicarse	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	64,6 %	20,4 %	19,3 %	1,7 %	48,7 %	7,2 %	6,0 %
Complicaciones durante el parto	78,2 %	19,7 %	11,0 %	2,3 %	52,5 %	7,9 %	8,1 %
Enfermedad general	36,5 %	26,2 %	13,7 %	1,2 %	14,7 %	25,1 %	8,8 %
Alteración genética, hereditaria	53,0 %	23,2 %	11,5 %	1,6 %	31,0 %	15,1 %	8,0 %
Lesión autoinfligida	29,9 %	20,6 %	6,5 %	1,9 %	12,1 %	44,9 %	7,5 %
Enfermedad profesional	16,6 %	18,1 %	17,6 %	0,6 %	4,2 %	18,7 %	3,2 %
Consumo de psicoactivos	72,2 %	5,9 %	2,4 %	0,5 %	9,8 %	21,1 %	1,9 %
Desastre natural	15,4 %	15,4 %	15,4 %	0,0 %	7,7 %	23,1 %	7,7 %
Accidente	23,2 %	23,6 %	9,8 %	1,2 %	9,1 %	9,6 %	4,4 %
Víctima de violencia	29,4 %	26,7 %	8,0 %	1,6 %	12,4 %	9,2 %	5,2 %
Conflicto armado	22,4 %	22,3 %	19,7 %	1,0 %	6,3 %	7,0 %	3,7 %
Dificultades en la prestación de servicios de salud	48,1 %	28,9 %	17,3 %	3,1 %	37,3 %	15,7 %	9,6 %
Otra causa	53,3 %	12,7 %	11,9 %	1,2 %	16,9 %	17,4 %	3,3 %

Origen de la discapacidad	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	Caminar, correr, saltar	Mantener piel, uñas y cabellos sanos	Relacionarse con las demás personas y el entorno	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo	Otra
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	8,9 %	40,2 %	4,1 %	33,1 %	21,2 %	21,6 %	23,2 %	0,3 %
Complicaciones durante el parto	12,2 %	49,0 %	9,7 %	36,5 %	27,8 %	27,2 %	29,1 %	0,3 %
Enfermedad general	13,8 %	68,6 %	10,9 %	18,2 %	39,0 %	38,3 %	19,6 %	0,1 %
Alteración genética, hereditaria	11,6 %	52,4 %	7,9 %	26,5 %	33,2 %	31,3 %	17,8 %	0,4 %
Lesión autoinfligida	5,6 %	63,6 %	6,5 %	15,9 %	47,7 %	36,4 %	15,9 %	0,9 %
Enfermedad profesional	6,5 %	74,4 %	3,2 %	7,0 %	51,1 %	45,0 %	14,9 %	0,0 %
Consumo de psicoactivos	2,3 %	21,7 %	1,7 %	58,3 %	9,0 %	8,1 %	4,7 %	0,4 %
Desastre natural	0,0 %	76,9 %	7,7 %	7,7 %	15,4 %	30,8 %	15,4 %	0,0 %
Accidente	7,7 %	76,5 %	6,1 %	9,9 %	40,8 %	40,6 %	14,9 %	0,1 %
Víctima de violencia	13,8 %	65,9 %	4,1 %	15,8%	38,8 %	31,9 %	16,1 %	0,3 %
Conflicto armado	7,0 %	78,0 %	5,4 %	9,5 %	32,6 %	31,7 %	10,8 %	0,0 %
Dificultades en la prestación de servicios de salud	15,1 %	66,0 %	6,4 %	25,2 %	37,1 %	39,5 %	30,8 %	0,0 %
Otra causa	6,5%	39,7 %	2,8 %	27,1 %	20,4 %	19,8 %	9,6 %	0,3 %

Barreras del entorno inmediato	Pensar, memorizar	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	Oír, aun con aparatos especiales	Distinguir sabores y olores	Hablar y comunicarse	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
Dormitorio	17,9 %	15,7 %	11,1 %	26,0 %	19,9 %	17,9 %	20,0 %
Sala-comedor	19,2 %	17,3 %	12,6 %	28,0 %	21,4 %	19,1 %	21,3 %
Baño-sanitario	24,7 %	22,7 %	17,3 %	38,5 %	28,0 %	26,1 %	29,5 %
Escaleras	54,2 %	70,7 %	53,6 %	72,8 %	54,1 %	78,0 %	77,2 %
Pasillos-patios	41,8 %	53,1 %	40,9 %	54,0 %	44,4 %	57,5 %	65,1 %

Barreras del entorno inmediato	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	Caminar, correr, saltar	Mantener piel, uñas y cabellos sanos	Relacionarse con las demás personas y el entorno	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo	Otra
Dormitorio	18,5 %	17,5 %	13,4 %	22,2 %	18,7 %	19,8%	25,2 %	22,4 %
Sala-comedor	21,0 %	19,1 %	13,9 %	23,2 %	21,0 %	22,3%	27,4 %	22,7 %
Baño-sanitario	31,9 %	27,4 %	18,9 %	29,7 %	30,9 %	31,1%	38,7 %	26,9 %
Escaleras	72,8 %	83,0 %	77,9 %	52,1 %	83,0 %	87,5%	79,2 %	55,4 %
Pasillos-patios	57,1 %	56,2 %	71,1 %	44,5 %	58,6 %	60,8%	64,8 %	44,4 %

Barreras del entorno social	Pensar, memorizar	Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	Oír, aun con aparatos especiales	Distinguir sabores y olores	Hablar y comunicarse	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
Andenes-aceras	54,2 %	67,8 %	54,8 %	75,3 %	55,3 %	72,7 %	76,7 %
Calles, vías	73,0 %	81,1 %	75,1 %	84,8 %	75,8 %	84,5 %	85,1 %
Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	58,3 %	63,1 %	56,3 %	75,1 %	61,2 %	68,8 %	77,4 %
Paraderos, terminales de transporte	57,9 %	63,3 %	55,5 %	75,0 %	59,9 %	67,3 %	76,6 %
Vehículos de transporte público	69,9 %	76,3 %	69,9 %	82,6 %	70,9 %	78,8 %	81,4 %
Centros educativos	26,5 %	23,2 %	22,3 %	30,1 %	28,0 %	20,2 %	21,4 %
Lugares de trabajo	23,7 %	25,1 %	23,6 %	26,9 %	22,6 %	24,8 %	24,7 %
Centros de salud, hospitales	34,9 %	36,0 %	31,1%	46,1 %	38,8 %	36,0 %	34,8 %
Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	38,9 %	39,9 %	34,8 %	51,0 %	43,2 %	41,8 %	43,2 %
Otros lugares	14,7 %	12,7 %	14,1 %	12,7 %	14,8 %	14,0 %	13,2 %
No hay barreras	10,5 %	6,9 %	10,5 %	5,0 %	11,5 %	3,6 %	5,0 %

Barreras del entorno social	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	Caminar, correr, saltar	Mantener piel, uñas y cabellos sanos	Relacionarse con las demás personas y el entorno	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo	Otra
Andenes-aceras	72,7 %	77,0 %	80,0 %	54,4 %	79,1 %	84,3 %	79,7 %	52,3 %
Calles, vías	81,9 %	84,4 %	86,1 %	74,0 %	85,3 %	86,8 %	87,1 %	67,1 %
Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	72,7 %	67,4 %	82,0 %	62,8 %	73,2 %	76,9 %	77,5 %	50,6 %
Paraderos, terminales de transporte	74,4 %	66,5 %	82,1 %	62,5 %	72,4 %	75,1 %	77,7 %	52,3 %
Vehículos de transporte público	83,0 %	80,8 %	81,1 %	70,2 %	83,5 %	85,0 %	85,5%	63,4 %
Centros educativos	25,0 %	23,2 %	12,2 %	26,5 %	25,8 %	26,8 %	27,2 %	34,5 %
Lugares de trabajo	27,3 %	27,8 %	12,1 %	26,6 %	31,3 %	32,5 %	25,5%	38,5 %
Centros de salud, hospitales	38,3 %	40,0 %	21,1 %	39,3 %	44,5 %	46,3 %	41,2 %	42,5 %
Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	43,1 %	44,4 %	23,3 %	46,5 %	50,6 %	55,3 %	48,2 %	42,7 %
Otros lugares	15,3 %	16,3 %	6,2 %	16,5 %	15,9 %	16,4 %	13,9 %	45,4 %
No hay barreras	4,5 %	2,7 %	4,6 %	8,2 %	2,5 %	1,3 %	2,9 %	13,4 %

Fuente: Elaboración propia, a partir del RLCPD.

Referencias

1. World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Política pública nacional de discapacidad e inclusión social 2013-2022. 2014.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>
4. Alcalde Mayor de Bogotá. Decreto 470 de 2007.
5. Gordis L. Epidemiología. 5.ª ed. Elsevier Espana, S.L.; 2015.
6. La Rota M, Santa S. Las personas con discapacidad en Colombia: Una mirada a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad; [Internet]. 2011. Disponible en: http://angelduran.com/docs/Cursos/CCDC2013/mod09/09-043_L2-DeJusticia-personas-discap-Colombia.pdf
7. Secretaría de Salud de Medellín. Profundización del análisis de la situación de salud, Medellín 2005-2015. Discapacidad [Internet]. 2015 [citado 28 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/IndicadoresEstadisticas/Shared%20Content/ASIS/Archivos%20descargables/Documento%20nueve.pdf
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). 2013.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Discapacidad [Internet]. [citado 29 de abril de 2019]. Disponible en: <http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/Paginas/prevalencia.aspx>