

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE

AÑO 2021

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVO
2. DEFINICIONES
3. COMPONENTES DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD-RIAS
4. NORMATIVIDAD RELACIONADA
5. ALCANCE
6. ANÁLISIS SITUACIONAL
7. ACCIONES / INTERVENCIONES DE LA RIA – DESARROLLO RIA
 - 7.1 DIAGRAMA DE LA RIA
8. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PROGRAMA – HITOS
7. BIBLIOGRAFÍA

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

INTRODUCCION

En el marco de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, se establece la necesidad de estructurar la gestión en salud con un enfoque diferencial dirigido a la población con discapacidad, sus cuidadores-as y familias, a partir de la construcción de una ruta integral de atención en salud para esta población de la Subred Sur Occidente. De esta manera este documento recopila elementos significativos que constituyen la oportunidad de enlazar acciones, definir objetivos y responder de manera integral en salud a las necesidades de la población con discapacidad que reside en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

La Ruta Integral de Atención en Salud para la población con discapacidad sirve como herramienta para materializar la implementación de la política pública de Discapacidad, recoge la información de programas, proyectos y servicios que ofrece la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente, la cual permite visualizar el acceso, la garantía y el goce efectivo de los derechos en salud, y la promoción de la calidad de vida y la inclusión social de los actores que hacen parte de la discapacidad.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

1. OBJETIVOS

La Ruta Integral de Atención en Salud Para la Población con Discapacidad busca Dinamizar acciones en salud con el fin de dar respuesta efectiva a la población, mediante las herramientas necesarias que fortalezcan la participación, liderazgo, autogestión y corresponsabilidad para mejorar su funcionalidad y permitir la independencia de la población con discapacidad y contribuir a la disminución de la sobrecarga en el (la) cuidador(a). Y se sustenta en los objetivos propuestos por la Política Publica de Discapacidad, a conocer:

- Promover la Inclusión Social, es decir, hacia una cultura que promocióne, reconozca y garantice o restituya los derechos y que promocióne, reconozca y garantice los deberes de las personas con discapacidad y sus familias. La Inclusión social implica acceder, disponer, aportar y transformar las condiciones que determinan la desigualdad. Implica reconocer y hacer uso de los recursos conceptuales, técnicos y metodológicos que contribuyen a reconstruir los lazos sociales y culturales para disfrutar de la vida y de la ciudad.
- Propender una Calidad de vida con dignidad, es decir, hacia la búsqueda del bienestar de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras, mediante la satisfacción de necesidades que permita conseguir una vida digna y libre desde las perspectivas: Humana, social, económica, cultural y política.

2. DEFINICIONES

2.1 ENFOQUES ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

2.1.1. Enfoque de Derechos

El enfoque de derechos se fundamenta en la garantía de la dignidad humana por parte del Estado y se orienta a promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. En este sentido, se asume que todas las personas son sujetos titulares de derechos (ONU, 1948). El principal objetivo de basarse en este enfoque es analizar las desigualdades y corregirlas a partir de la formulación de políticas públicas y programas de desarrollo que garanticen los derechos antes aludidos, teniendo en cuenta el principio de equidad para las diferentes poblaciones. (ONU, 2006). De acuerdo con la OMS (s/f), un enfoque de derechos humanos orienta tanto los resultados esperados como los procesos, por lo tanto, para la atención sanitaria es necesario incorporar los principios de participación, igualdad y no discriminación, en todas las etapas del proceso de planeación integral en salud y en la prestación de servicios de salud.

Orientar el quehacer de las Rutas de Atención Integral en Salud desde el enfoque de derechos significa reconocer que a todas las personas se les debe garantizar el acceso a una serie de atenciones/intervenciones en el curso de sus vidas, que se orientan a desarrollar sus capacidades y a promover el más alto nivel de bienestar, individual y colectivo; de tal forma que se constituyen en rutas universales de atención integral, que deberán ser adaptadas a las realidades de cada territorio del país.

Por otra parte, prestando especial importancia a los momentos o acontecimientos con potencialidad de modificar significativamente el proceso de desarrollo de las personas, se desarrollarán rutas de atención integral, específicas.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

2.1.2. Enfoque de Desarrollo Humano

Este enfoque plantea que el centro del desarrollo de las sociedades son las personas, ampliando el concepto del mero crecimiento económico de un país. Se basa en premisas básicas como las planteadas por Amartya Sen al afirmar que “El desarrollo humano (...) como enfoque, se ocupa de lo que yo considero la idea básica de desarrollo: concretamente, el aumento de la riqueza de la vida humana en lugar de la riqueza de la economía en la que los seres humanos viven, que es sólo una parte de la vida misma (...). El objetivo principal del desarrollo es ampliar las opciones de las personas (...) en principio, estas opciones pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. A menudo las personas valoran los logros que no se reflejan, o al menos no en forma inmediata, en las cifras de crecimiento o ingresos: mayor acceso al conocimiento, mejores servicios de nutrición y salud, medios de vida más seguros, protección contra el crimen y la (ocurrencia de sucesos vitales inesperados) violencia física, una adecuada cantidad de tiempo libre, libertades políticas y culturales y un sentido de participación en las actividades comunitarias. El objetivo del desarrollo es crear un ambiente propicio para que la gente disfrute de una vida larga, saludable y creativa” (Sen, 1998).

Al respecto, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) plantea que éste tiene por objetivo ampliar las oportunidades de las personas, centrándose de manera general en la riqueza de las vidas humanas y no solo en la riqueza de las economías (PNUD, 2015) y para ello, hace hincapié en la generación de condiciones necesarias para que las personas amplíen sus capacidades y puedan disfrutar plenamente de una vida larga y saludable, adquieran conocimientos y disfruten de un nivel de vida digno. En consecuencia, este enfoque plantea que las sociedades tienen el imperativo ético de mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos “a través del incremento de los bienes y servicios con los que pueden cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de ellos” (Méndez & Lloret, 2004).

2.1.3 Enfoque de Curso de Vida

El curso de vida hace referencia al conjunto de trayectorias o roles que sigue el desarrollo de las personas a lo largo del tiempo, que son moldeadas por interacciones y la interdependencia de los aspectos biológicos y sociales del individuo; los contextos culturales, sociales e históricos en los cuales transcurre la vida y, los sucesos vitales y las transiciones individuales, familiares o comunitarias.

La noción de tiempo es fundamental para el enfoque del curso de la vida. Por ello, el punto central de este enfoque es la comprensión de cómo influye el pasado en el presente, haciendo énfasis en la comprensión de las interacciones entre el cambio biológico y el cambio social; por lo tanto, se abordan los seres humanos como entidades sociales y biológicas, analizando las complejas interacciones que se desarrollan a través del tiempo entre una gama de determinantes sociales y los resultados en salud, configurando diferentes patrones de ventajas o desventajas en el estado de salud y en el desarrollo humano. En este sentido, la investigación orientada por el enfoque de curso de vida no sólo está interesada en la forma en que lo social “se pone en la piel” para afectar a la biología, sino también, cómo la salud afecta a la forma en que interactuamos con nuestro mundo social (Burton-Jeangros, Cullati, Sacker & Blane, 2015).

De acuerdo con la OPS, el enfoque del curso de vida aplicado a la atención sanitaria, se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo de dicho curso de vida. De tal manera “que el estado de salud a cualquier edad, para una cohorte de nacimiento determinada, refleja no sólo las condiciones contemporáneas sino la encarnación de las circunstancias vitales anteriores, desde la etapa intrauterina en adelante” (Krieger, 2001).

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	

El enfoque de curso de vida se fundamenta en cinco principios analíticos propuestos por Elder (Elder, 1999; Marshall & Mueller, 2003):

- Desarrollo a lo largo del tiempo
- Tiempo lugar / transferencia de condiciones
- *Timing* (ocurrencia de sucesos vitales inesperados) Vidas interconectadas
- Libre albedrío o agencia

Sobre la base de estos principios, el enfoque de curso de vida se organiza a partir de tres elementos centrales, que son fundamentalmente herramientas metodológicas:

Trayectoria: Hace referencia al recorrido que realiza un ser humano por los diferentes roles (trabajo, escolaridad, vida conyugal, migración, etc.) en que se desenvuelve, sin que esto implique una velocidad o secuencia particular o predeterminada de eventos. La conjunción y análisis de las trayectorias de los individuos, sus familias y comunidades, configuran el análisis desde el enfoque de curso de vida.

Transición: Referida al cambio de estado, posición o situación de un individuo en un momento determinado durante una trayectoria, lo cual no es predeterminado ni necesariamente previsible, e implica un proceso de adaptación del ser humano al cambio realizado. Un ejemplo son los diferentes estados que puede tener un individuo en su trayectoria conyugal: soltero, casado, divorciado, viudo y otros más. Estas transiciones se pueden presentar varias veces y en diferentes momentos del curso de vida, afectando simultáneamente las diferentes trayectorias vitales del individuo.

Sucesos vitales: Ligados a las oportunidades de desarrollo de las personas. Se definen como los "eventos que provocan fuertes modificaciones traducidas en cambios drásticos del curso de vida" (Blanco, 2011). Son acontecimientos favorables o desfavorables, que cambian notablemente el curso de vida de un individuo y, en consecuencia, de varias de sus trayectorias vitales. Por citar algunos ejemplos de sucesos vitales que se han descrito en la RIAS y que se encuentran respaldados por evidencia científica -subrayando que no son exclusivos de un momento vital-: paternidad / maternidad, vinculación / desvinculación a la vida productiva; muerte de una persona significativa, privación de la libertad; ser objeto de cualquier tipo de violencia, o desastres naturales, o de origen antropogénico.

2.1.4. Enfoque Poblacional Diferencial y Territorial

El enfoque poblacional diferencial es una forma de análisis y de actuación social y política que cumple varias tareas; Identifica y reconoce las diferencias entre las personas, grupos, pueblos y demás colectividades, permite comprender la realidad social y realizar acciones que contribuyan a eliminar todas las formas de discriminación y segregación social.

Estos buscan visibilizar las dinámicas de discriminación y exclusión que han vivido los grupos poblacionales, reconocer a las personas y colectivos desde sus características particulares que requieren respuestas diferenciales, se ordena en las categorías de:

Curso de Vida (explica el tránsito de la vida); Situación/Condición (características intrínsecas o extrínsecas de las personas que se manifiestan en las mismas). Incluyen: Genero/ identidad y orientación Sexual (herramienta conceptual que muestra las diferencias entre mujeres y hombres que se dan no sólo por su determinación biológica, sino también por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos. Considera la equidad entre los dos géneros como un derecho humano. La identidad y orientación sexual reconoce las diferencias biológicas y las tendencias sexuales de las personas).

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

En la discapacidad estos enfoques se ubican en una categoría que permite entender la vida de las personas a partir de esta condición con múltiples interseccionalidades. En conjunto con el territorial está relacionado con el imperativo ético en razón a que los grupos históricamente segregados, excluidos o discriminados por sus diversas características, reivindican el ejercicio de la ciudadanía desde el reconocimiento y la redistribución, desde la libre escogencia de llevar el tipo de vida de acuerdo a sus preferencias y capacidades, lo que ha permitido afirmar la opción de ser distinto o diferente sin perder la capacidad de disfrutar y participar de las demás opciones humanas.

La Ley estatutaria 1618 Artículo 2 reconoce el enfoque diferencial como “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”. Así las cosas, el enfoque permite desarrollar una atención diferencial a la población con discapacidad basada en su particular condición de vulnerabilidad, le incluye elementos como ser flexible y dinámico para adaptarse a necesidades y características de la población, así como incidir los estilos, formas y modos de vida y los contextos socioculturales, económicas y políticas con el que este grupo de población se relaciona.

2.1.5. Enfoque de Desarrollo de Capacidades Humanas

El paradigma del desarrollo humano, parte de la premisa de considerar que la verdadera riqueza de una nación está en su gente, por ello considera que el objetivo básico del desarrollo es crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable, y creativa. (PNUD, 1990). Desde esta perspectiva, se define que este enfoque tiene como fundamento la ampliación de las opciones de la gente, aumentando sus capacidades humanas, por tanto, se trata de un desarrollo por la gente para la gente y con la gente, y con responsabilidad hacia las generaciones futuras en coexistencia con el medio ambiente.

Desde los planteamientos de Martha Nussbaum (2006), en el marco del desarrollo humano, propone la formación de capacidades humanas y el uso que la gente hace de las capacidades adquiridas. Desde este enfoque, se propone el desarrollo de capacidades básicas humanas, que pueden variar desde los funcionamientos físicos, hasta logros sociales más complejos. Martha Nussbaum, define 10 capacidades básicas humanas que buscan establecer los derechos sociales mínimos, compatibles con diferentes respuestas para las cuestiones de justicia y distribución (Vida; salud Física; Integridad física; sentidos, imaginación y pensamiento; emociones; razón práctica; afiliación otras especies; juego; control sobre el propio entorno) De acuerdo con Nussbaum, el concepto de capacidad incluye una posibilidad o potencialidad, más un entorno material y social apropiado que permita su realización, lo cual implica que las personas tengan garantizados los medios necesarios para hacer uso de las capacidades. Por esto, la ruta intersectorial no solo debe enfatizar en generar elementos que desarrollen un entorno apropiado para el desarrollo de las potencialidades de las personas que hagan uso de ella.

2.2 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha definido la Atención Integral en Salud como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

En este sentido, la atención integral en salud se caracteriza por:

- Estar centrada en las personas, familias y comunidades reconociéndolas en su diversidad y singularidad.
- Reconocer el carácter multidimensional del desarrollo, superando las visiones fragmentadas por órganos, sistemas o daños específicos y/o temáticos; con el objetivo de apoyar e impulsar el desarrollo humano sostenible.
- Promover la complementariedad en la gestión de los actores sectoriales e intersectoriales para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y la garantía del derecho a la salud.
- Garantizar el continuo de la atención con calidad.
- Garantizar la complementariedad de las acciones/intervenciones entre:
 - Los planes de beneficio individual y colectivo
 - Los prestadores primarios y complementarios
 - Las modalidades de prestación servicios
 - Los servicios sociales y sanitarios
- Asegurar resultados en salud en las personas, familias y comunidades.

2.3. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de:

- Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades,
- Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y
- Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Las RIAS son una herramienta que definen a los agentes del Sistema de Salud(territorio, asegurador, prestador)y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurarla integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

Actualmente las RIAS están constituidas por tres tramos:

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION.”

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

De esta manera, además de las atenciones para la promoción y mantenimiento de la salud, la RIA define intervenciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; así como educación para la salud potenciando el cuidado, que permita la reducción o mitigación del daño o la recuperación de la salud ante la presencia de un evento.

Las RIAS se caracterizan por:

- Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios.
- Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinarias de índole poblacional, colectiva e individual y las funciones de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.
- Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.
- Facilitan la identificación apropiado de los recursos humanos, de infraestructura y financieros.
- Precisan las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.
- Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social cree firmemente que el desarrollo de las rutas integrales de atención tiene un enorme potencial en todos los aspectos de la prestación de servicios para contribuir a la conducción y a la consecución de los cuatro objetivos nacionales del modelo integral de atención en salud.

Los principios que sustentan el concepto de la elaboración de las rutas integrales de atención en salud, son:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	

- **Centrado en los sujetos:** las rutas integrales de atención en salud se centran en las personas, familias y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas de los sujetos.
- **Seguridad y calidad:** las rutas integrales de atención en salud ejercen la seguridad y calidad mediante la promoción de la práctica informada por la evidencia y el esfuerzo constante en la mejora de la calidad en todos los puntos de la prestación de servicios de salud.
- **Eficacia:** las rutas integrales de atención en salud parten de la mejor evidencia disponible, identificando acciones e intervenciones eficaces para garantizar la atención integral en salud y en la adecuada prestación de servicios de salud.
- **Eficiencia:** reducir los residuos y el costo total de la prestación de servicios de salud directos e indirectos; por ejemplo, los residuos de los suministros, equipos, espacio, capital y recursos humanos.
- **Equidad:** las rutas integrales de atención en salud ofrecen oportunidades para abordar y cerrar las brechas socioeconómicas en el estado de salud.

Dentro de las particularidades de las RIAS se encuentran:

1. Son una declaración explícita de los objetivos y elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas, y las expectativas de los usuarios y sus características.
2. Permite facilitar la comunicación entre los actores del sistema relacionados en la ruta: usuarios, familiares, instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades administradoras de planes de beneficios, entidades territoriales, entre otros.
3. Permite la coordinación sectorial e intersectorial, asegurando el encadenamiento en el continuo de la atención desde los procesos más promocionales de la gestión de la salud pública hasta las intervenciones individuales de tratamiento, diagnóstico, rehabilitación y paliación de los eventos en salud, pasando por las intervenciones individuales y colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
4. Permite realizar una coordinación del proceso de atención mediante las funciones y la secuenciación de las actividades del equipo de atención multidisciplinaria, usuarios y sus familiares.
5. La documentación, monitoreo y evaluación de los resultados.
6. La identificación de los recursos apropiados
7. Genera acciones coordinadas a partir del desarrollo comunitario para promover la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, sus familias y sus cuidadores.
8. Impulsa procesos de inclusión social mediante el fomento de oportunidades, el desarrollo de capacidades y la promoción de la participación de las personas con discapacidad y sus cuidadores generando incidencia a nivel comunitario, familiar y personal.
9. Integra iniciativas que permiten el ejercicio efectivo de los derechos facilitando contextos de desarrollo comunitario y social inclusivos que benefician a todas las personas reconociendo el enfoque diferencial.
10. Se contribuye al proceso de fortalecimiento promoviendo, apoyando y facilitando la participación activa de las personas con discapacidad y sus familias en los temas que afectan sus vidas.

INCLUIR PARTICULARIDADES DESDE ASISTENCIAL

3. COMPONENTES DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD-RIAS

3.1 Ordenadores de las Rutas Integrales de Atención en Salud

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

3.1.1 Momentos de Curso de Vida

De acuerdo con el documento de apropiación del enfoque de curso de vida del MSPS (2014), e

ste enfoque aborda a las personas en los diferentes momentos del continuo de la vida reconociendo las características y los cambios que, desde la particularidad de cada uno, potencian el desarrollo y la salud de las personas, constituyéndose como lo plantea Parodi, (s/f) en una aproximación transversal para facilitar la medición y monitoreo, sin perder de vista que se trata de un continuo, evitando caer en el error de analizar segmentos aislados.

Para abordar los momentos vitales se tendrá en cuenta que la edad debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona. De igual forma, es importante recalcar que el enfoque de curso de vida no asume las diferentes etapas del ciclo vital por separado, sino que por el contrario, se interesa por la manera en que un sujeto cambia a lo largo de la vida, por la comprensión del cambio como un fenómeno intrínsecamente vinculado a un entorno bio-social también en transformación, al que el sujeto se adapta permanentemente (Villar, 2005); y por la interrelación e interdependencia entre las diferentes etapas que “hacen parte del proceso general de envejecimiento que avanza fisiológica, psicológica y socialmente desde el momento de la concepción” (Zapata y cols., 2002; p.118).

Los momentos vitales y su conceptualización acogidos por las RIAS son: i) Primera infancia, ii) Infancia, iii) Adolescencia, iv) Juventud, v) Adulthood y vi) Vejez. Para cada uno de ellos se presenta a continuación, una breve definición que incluye criterios de referencia cronológica y sub agrupaciones, en razón a que el desarrollo de los sujetos no es homogéneo, ni invariable (MSPS, 2014).

3.1.1.1. Primera infancia: Hace referencia al momento vital o etapa que comprende el desarrollo de los niños y las niñas desde su gestación hasta los 5 años de vida (Política de Primera Infancia, 2006; Ley 1098 de 2006). Los niños y las niñas desde su nacimiento hasta los 5 años son sujetos de derechos y, en cuanto tales, seres sociales únicos, irreductibles, activos y con subjetividad propia. Esta concepción implica que se consideran seres humanos dignos, amparados por los derechos propios a su naturaleza y particular momento del ciclo vital (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013).

Es un momento crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social; además de ser decisivo para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social (Política de Primera Infancia, 2006; Irwin y cols, 2007). En este momento de la vida las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades (Ley 1098 de 2006).

3.1.1.2. Infancia: Desde la esfera biológica corresponde al periodo que cursa entre los 6 y los 11 años de edad, con un crecimiento regular menos acelerado que el de la primera infancia. Algunas de las características de la infancia son: i) Potencialidad para realizar aprendizajes sistemáticos; ii) Amplia percepción progresiva de sus propias competencias; iii) Marcada interacción social fuera de la familia; iv) Disfrute de juegos de reglas y competencia v) Resolución de problemas cotidianos de manera independiente, vi) Aprendizaje fundamentado básicamente en la imitación de modelos de su entorno.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	

Desde la esfera sociológica Pavez, 2012 considera que “Las niñas y los niños son y deben ser vistos como agentes; es decir, como actores sociales que participan en la construcción y determinación de sus propias vidas, de quienes les rodean y de las sociedades en que viven. Las niñas y los niños no son objetos pasivos de la estructura y los procesos sociales” (p.94).

La infancia debe entenderse como una etapa en el curso de vida con las características mencionadas, cuyo interés superior prevalece sobre el de las personas mayores de 18 años, obligando al Estado, la familia y la comunidad a satisfacer integral y simultáneamente todos sus Derechos Humanos; en este contexto el papel del sector salud frente a la infancia trasciende a los servicios de salud, para pasar a ser el garante, desde su competencia, de aportar positivamente en el desarrollo integral a través de estrategias integradoras individuales y colectivas, logradas sobre la base de la participación y la intersectorialidad en los diferentes entornos donde transcurre la vida las niñas y niños.

3.1.1.3. Adolescencia: Se refiere a hombres y mujeres entre los 12 y 17 años. De acuerdo con Pineda & Aliño (2002), este momento vital se caracteriza por “profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social” (p.16). Se constituye en un momento clave en el proceso de socialización del sujeto, desarrollando importantes aprendizajes que le permiten el ajuste en sus interrelaciones personales para distinguirse unos de otros y adaptarse a la estructura social (Domínguez, 2008).

3.1.1.4. Juventud: Desde la esfera biológica hace referencia a hombres y mujeres entre los 18 y 28 años; sin embargo, el modelo integral de atención en salud propone superar su reconocimiento únicamente por la identificación de la capacidad biológica de reproducción y su tránsito hacia la adultez (Reguillo, 2007), reconociendo a la juventud como una construcción de sujetos sociales fundantes en las dinámicas de configuración de acciones políticas y construcción de otras lógicas de poder, dada a través del reconocimiento de su participación (Muñoz & Alvarado, 2011), su autonomía, su capacidad de agencia; sus enormes recursos de poder, sus perspectivas de desarrollo y de renovación social; que no se limitan por la cronología objetiva, sino que comparten una cronología subjetiva (Martínez, 2010).

En este sentido, se reconoce a las y los jóvenes desde la heterogeneidad [las juventudes], desde la diversidad marcada por condiciones y situaciones como el sexo, el género, la posición social, el ingreso económico, la cultura, que enmarcan las formas de ser joven, “se es joven en

un contexto concreto” (Alba, 1975; citado por Villa, 2011). Así, los jóvenes son considerados como sujetos sociales que dan desarrollo a sus vidas a través de las oportunidades y posibilidades dadas según el contexto y experiencias vividas, que les permiten llegar a ser y a hacer (Vélez, 2009).

3.1.1.5. Adultez: Hace referencia a hombres y mujeres entre 29 y 59 años de edad. Se alude a las personas adultas como sujetos de derechos, que se desarrollan de acuerdo con sus capacidades de agencia y potencialidades (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011), con su propia capacidad de establecer metas de desarrollo y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlos, configurando sus trayectorias evolutivas personales (Villar, 1998) y con las oportunidades de desarrollo disponibles en sus contextos, que marcan su libertad de elegir la vida que valoran y quieren vivir.

Diversas teorías subdividen esta etapa en periodos, teniendo en cuenta que las características y el desarrollo varían ampliamente en este rango de edad. Una de las más aceptadas es la clasificación fenomenológica realizada por Remplein, acogida por este documento, quien propone tres periodos

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

(Remplein, 1968; citado por Zapata y cols., 2002): i) Adultez temprana o joven (20 a 30-32 años); ii) Adultez media (30-32 a 42-44 años); iii) Adultez madura (42-44 a 56-58 años).

3.1.1.6. Vejez: Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte.

3.1.2. Grupos de riesgo

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido como grupo de riesgo a un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten: i) La historia natural de la enfermedad, ii) Factores de riesgo relacionados, iii) Desenlaces clínicos y iv) Formas o estrategias eficientes de entrega de servicios (MSPS, 2014).

En este sentido, la conformación de los grupos de riesgo ofrece claridad estratégica a los tomadores de decisión locales, cumpliendo con principios de eficiencia y coherencia entre los distintos programas de salud pública. Para los grupos de riesgo conformados se define un proceso de atención integral que incluye acciones intersectoriales y sectoriales de gestión de la salud pública, e intervenciones individuales y colectivas, asumiendo que los grupos de riesgo poseen características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral que permite su gestión integral.

Los dieciséis (16) grupos de riesgo priorizados por el MSPS para la elaboración de rutas integrales de atención en salud son los siguientes:

1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio– cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
2. RIAS para población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas
3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
4. RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
5. RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
6. RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
7. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
8. RIAS para población materno –perinatal
9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
10. RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales
11. RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente
14. RIAS para población con riesgo o enfermedades huérfanas
15. RIAS para población con riesgo o trastornos visuales y auditivos
16. RIAS para población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.

3.1.3. Entornos

De acuerdo con los avances técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social, los entornos se comprenden como “los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. Se caracterizan por tener sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base socio demográfica que pueden ser urbanas o rurales” (MSPS, 2015.Estrategia entornos saludables).

Dentro de las características de los entornos saludables se encuentran, los siguientes (MSPS, 2015):

- Favorecen el desarrollo humano sustentable y sostenible.
- Promueven el desarrollo de capacidades.
- Contribuyen al bienestar individual y colectivo.
- Producen y re-significan prácticas y normas que se constituyen en formas de vivir.
- Potencian la salud integral, ofrecen protección, seguridad y confianza para la vida y convivencia de las personas y colectivos.
- Permiten la gestión y el ejercicio de los derechos y mejores condiciones y calidad de vida.
- Generan condiciones de protección, seguridad, convivencia, cuidado, (cuidado de sí, cuidado mutuo, cuidado de los otros, cuidado del entorno) y equidad, que contribuyen al mejoramiento del bienestar individual y colectivo de la población. Fomentan la inclusión, el respeto y reconocimiento de la diversidad: curso de vida, género, etnia, condiciones particulares (discapacidad, talentos especiales, entre otros, situaciones sociales (desplazamiento, víctimas del conflicto, habitante de calle, entre otros
- Promueven la participación social y la movilización en torno a la generación de condiciones de bienestar y calidad de vida.
- Permiten la visibilización de saberes y prácticas en torno al manejo personal y social de los conflictos y los sucesos vitales adversos.
- Generan infraestructuras y equipamientos seguros, acceso a bienes y servicios que promueven modos, condiciones y estilos de vida saludable.
- Promueven condiciones sociales, físicas y ambientales (infraestructura, agua para consumo humano, saneamiento básico, higiene, dinámicas propias de los entornos familiar, educativo, laboral y comunitario), que contribuyen al mantenimiento y/o mejoramiento de los modos, condiciones y estilos de vida de las personas.
- Se configuran como los escenarios que se traducen en unidad de gestión donde se materializan las respuestas institucionales (entre ellas las atenciones/intervenciones del sector salud), sectoriales y de actores que participan en el bienestar y el desarrollo de los mismos.

Respecto a los entornos, la Política de Atención Integral en Salud - PAIS define los siguientes: hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional. A continuación, se presentan las definiciones del MSPS para cada uno de ellos (MSPS, 2015):

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	

3.1.3.1. Entorno hogar: Se comprende como el escenario de refugio, acogida y afecto. Constituye un espacio de residencia permanente y es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. Por lo tanto, pueden ser hogares familiares o no familiares.

3.1.3.2. Entorno educativo: Comprendido como escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizaje contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida; que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente.

3.1.3.3. Entorno laboral: Comprendido como escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios, en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades; con la participación activa en la eliminación y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales, e informales.

3.1.3.4. Entorno comunitario: Se comprende como los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias; así como también, los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público. Se compone de espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías entre otros) y de espacio, ubicados en infraestructura de acceso permitido a los cuales la comunidad atribuye

valor político, histórico, cultural y/o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros).

3.1.3.5. Entorno institucional: Se comprende como los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del Sistema de Salud para garantizar la atención integral en salud a los usuarios mediante intervenciones individuales y colectivas, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios habilitados, en el territorio y los atributos de calidad de la atención en salud.

3.1.4. Intervención

Las intervenciones o atenciones en salud se conciben como acciones intencionadas y efectivas, encaminadas a: promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades en cada uno de los entornos en los que transcurre su vida. Estas intervenciones pueden desarrollarse en los niveles individuales o colectivos, a través de las modalidades de prestación de los servicios intramurales, extramurales o telemedicina, dependiendo de sus características y de las tecnologías disponibles y apropiadas a la realidad de cada territorio.

3.1.4.1. Tipos de intervenciones:

Las **intervenciones poblacionales** hacen referencia a *"el uso de métodos científicos para producir conocimiento sobre intervenciones de políticas y programas que operan dentro o fuera del sector salud y que tienen un potencial de impactar la salud a nivel poblacional... se entiende por impacto poblacional el que modifica las condiciones de riesgo para toda la población en cohortes sucesivas"* También: se

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	

entiende por intervenciones poblacionales aquellas que “...se aplican en grupos poblacionales, áreas, jurisdicciones o instituciones con el fin de modificar los contextos sociales, físicos, económicos o legislativos para que estos favorezcan los cambios de comportamientos deseados” (MSPS, 2010. Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles).

Las **intervenciones colectivas** hacen referencia al “conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio” (Res. 518/2015).

Las **intervenciones individuales** son aquellas dirigidas al individuo cuyo objetivo es lograr la atención integral en salud, que incluye acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación (Res. 518/2015).

4. NORMATIVIDAD RELACIONADA

NORMATIVIDAD	DESCRIPCION
Ley 1751 de 2015	Ley Estatutaria de la Salud, esta Ley tiene por objetivo “(...) garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”.
la Ley 1753 de 2015	Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 - en su artículo 65 decreta: la “Política de atención integral en salud”.
Resolución 429 de 2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. La Política de Atención Integral en Salud tiene un marco estratégico y un modelo operacional. El marco operacional de la política está definido por el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS. Para su implementación el MIAS define diez (10) componentes operacionales: i) caracterización de la población; ii) regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); iii) implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud; iv) delimitación territorial del MIAS; v) redes integrales de prestadores de servicios de salud; vi) redefinición del rol del asegurador; vii) redefinición del esquema de incentivos; viii) requerimientos y procesos del sistema de información; ix) fortalecimiento del talento humano en salud; x) fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento. Respecto a la regulación del segundo componente, el MIAS establece que las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrollan, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	
Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad -ONU (2006)	Presenta la discapacidad como concepto resultante de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno; evitando su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás			
Decreto 3518 de 2006	Sistema de Vigilancia en salud pública SIVIGILA			
Ley 1145 de 2007	Se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad (Conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad)			
Decreto 470 de 2007	Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital			
Ley 1346 de 2009	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.			
Decreto 345 de 2008	Reglamenta el Proyecto Gratuidad en Salud del Plan de Desarrollo 2008 - 2012 para las personas en condición de discapacidad severa, contemplados en POS Subsidiado, para la población antes descrita e identificada en el nivel 2 del SISBEN.			
Circular 085 de 17 de diciembre de 2010	Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital			
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	Goce efectivo del Derecho a la salud para las PCD.			
CONPES 166 de 2013	Discapacidad e inclusión social.			
Ley Estatutaria 1618 de 2013	Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” propone una serie de medidas y acciones afirmativas que permiten a las personas con discapacidad, bajo un marco de corresponsabilidad.			
Resolución 518 de 2015	Directrices para la Gestión en Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).			
Decreto 780 de 2016	Normas reglamentarias para el sector salud.			
Resolución 583 de 2018	Por la cual se implementa la Certificación de Discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD).			
Resolución 3280 de 2018	Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.			
Resolución 246 de 2019	Transitoriedad modifica la resolución 583 de 2018: Las entidades responsables disponen hasta el 1 de febrero del 2020 para iniciar la expedición de los certificados de discapacidad.			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	
Circular 009 de 2017	Certificado de discapacidad emitido por las EAPB con validez hasta el 31/12/2021 de acuerdo a la resolución 113 de 2020.			
Resolución 113 de 2020	Implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), como mecanismos para localizar, caracterizar y certificar a las personas con discapacidad.			
Resolución 1516 de 2020	Por la cual se efectúa una asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Inversión del Ministerio de Salud y Protección Social, rubro "Apoyo al Proceso de Certificación de Discapacidad Nacional", vigencia fiscal 2020, para garantizar la implementación de la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.			

5. ALCANCE

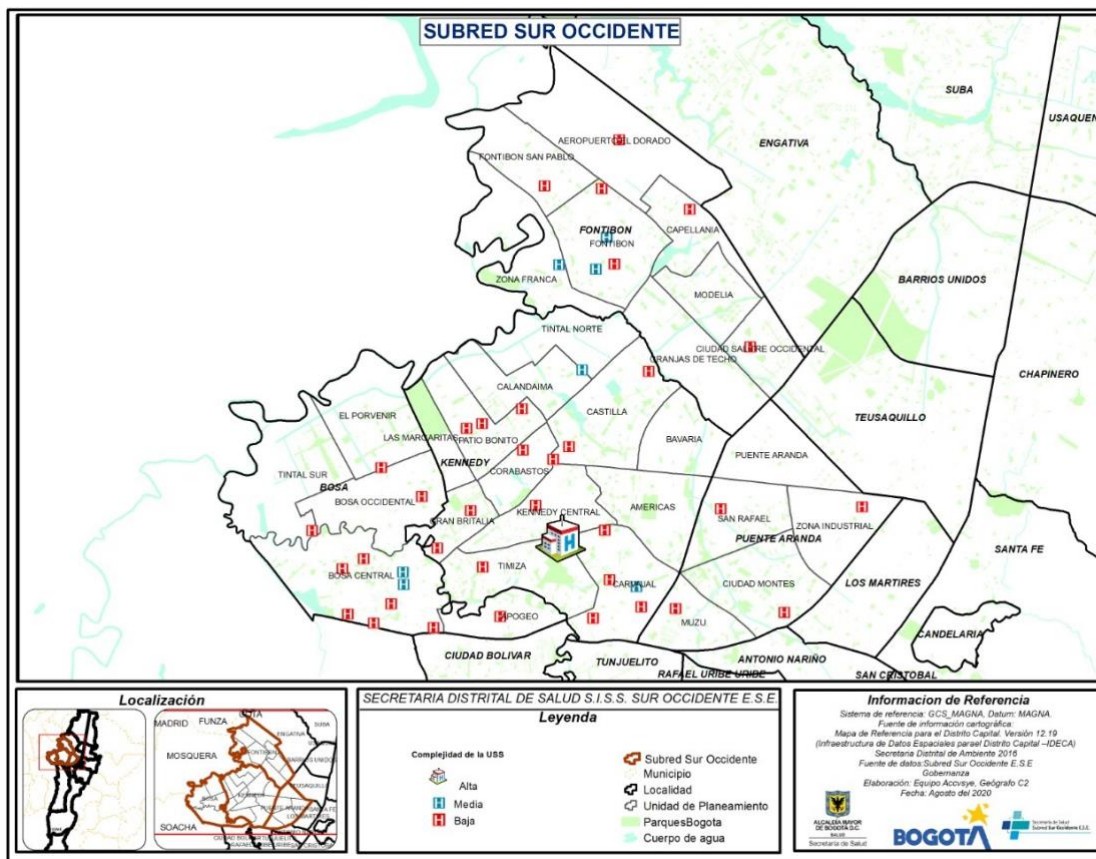
La ruta integral de atención en salud para la población con discapacidad plantea el análisis situacional, marco normativo y conceptual que nos permite establecer los componentes de la atención en salud estructurados a través del cumplimiento de cuatro hitos que describen las atenciones dirigidas a la población con discapacidad, sus cuidadores y familias, a través de las intervenciones individuales, colectivas y de vigilancia en salud pública para la inclusión social y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

6. ANALISIS SITUACIONAL

La Subred Suroccidente se encuentra situada en el sector suroccidental de Bogotá, limita al norte con la localidad Engativa, Teusaquillo, al sur con la localidad de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y el municipio de Soacha, al occidente con los municipios de Funza y Mosquera, al oriente con las localidades de Los Mártires y Antonio Nariño. Tiene una extensión de 11.311,1 hectáreas. Está conformada por las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, con un total de 30 Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ).

Mapa UPZ Subred Suroccidente

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	



De acuerdo con el ejercicio de cálculo de población estimada por parte de la Secretaria Distrital de Planeación en el año 2020 la Subred suroccidente, cuenta con una población total de 2.729.803 habitantes, de los cuales el 48,6% son hombres y 51,4% son mujeres, el momento de curso de vida con mayor población es Adultez (42,6%), seguido de juventud (18%), encontrando en su mayoría, población en etapa productiva.

El índice de infancia de 23% (porcentaje de personas de 0 a 14 años), índice de juventud 24% (Porcentaje de personas de 15 a 29 años), índice de vejez de 12% (Porcentaje de personas de 65 y más años). El índice de envejecimiento de 54 adultos mayores (de 65 años y más) por cada 100 niños y jóvenes (menores de 15 años).

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

Gráfica Pirámide poblacional Subred Suroccidente, año 2020



Fuente: Proyección población 2020. Secretaría Distrital de Planeación

En relación a la gestión de la política pública de discapacidad desarrollada desde la Sub Red Sur Occidente, a través del componente de gobernanza, en lo que corresponde al Posicionamiento de la política, el accionar se define en buena parte en la agenda estratégica de la instancia local de cada una de las localidades, desde el sector salud se ha aportado al objetivo estratégico de *Reformulación de la Política Pública* de Discapacidad para el Distrito (Decreto 470/2007); mediante la identificación y vinculación de actores claves para el proceso, se acompaña a la población para la presentación de propuestas relacionadas con los saldos de la política pública, y participación en acciones afirmativas que se realizan a nivel local y distrital.

Además desde el sector salud se lidera la mesa local de la línea estrategia de Acceso en donde se busca posicionar y divulgar a nivel comunitario e institucional la oferta de servicios, proyectos y programas que se abordan desde los diferentes sectores, acercando esta oferta a las personas para promover su acceso e inclusión en ella, para esta divulgación se han empleado estrategias como la consolidación de aplicativo de información distrital con la Oferta de Bogotá en Discapacidad (OBD), el desarrollo de Circuitos de oferta intersectorial, foros interlocales presenciales y virtuales con la población y con demás actores involucrados que facilitan y promueven la inclusión social de la población con discapacidad.

Desde el Sistema Distrital se viene construyendo la ruta de atención intersectorial para la población con discapacidad, la cual ha sido ampliamente divulgada desde el sector salud en busca de la generación de respuestas efectivas e integrales a las necesidades identificadas en la población. También se establecen acuerdos y alianzas estratégicas con los demás sectores en pro del mejoramiento de la calidad de vida y afectación de los determinantes sociales en la población.

Se realiza el proceso de gestión para la activación de Rutas mediante el procedimiento de

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

canalización que se lleva a cabo desde la subred, en donde se identifican las necesidades de la persona con discapacidad, sus cuidadores y familias, contribuyendo al direccionamiento y acceso a los servicios de la oferta institucional intra e intersectorial.

También se ha desarrollado un proceso importante de articulación entre las acciones POS y PIC mediante actividades de fortalecimiento y línea técnica al talento humano de las unidades de servicios de salud de la sub red (Profesionales de medicina, atención al usuario, vigilancia, enfermería, auxiliares y otros perfiles) sobre modelos de discapacidad, lenguaje y comunicación incluyente y accesible, enfoque diferencial, certificación, registro de localización y caracterización de población con discapacidad, derechos sexuales y reproductivos de la persona con discapacidad, entre otras, buscando ampliar el conocimiento en temas de discapacidad y la eliminación de barreras para la población con discapacidad al interior de la institución.

6.1 Nombre del Grupo de Riesgo: Persona con Discapacidad, cuidadores(as) y sus familias.

6.2 Descripción del Grupo de Riesgo

Es importante reconocer que el concepto de discapacidad es dinámico y multidimensional a través del tiempo se ha dado una transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social que ha permitido el viraje desde un modelo médico a un modelo social del concepto.

El término genérico «discapacidad» abarca todas las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales)¹.

En el Distrito Capital se cuenta con la Política Pública Distrital de Discapacidad, la cual plantea la comprensión de la discapacidad de manera amplia y considera una variedad de orientaciones; así, para ésta se asume como un concepto complejo y multicausal, cuya comprensión requiere la no-adscripción a posturas dicotómicas, unidimensionales y excluyentes, sino a la adopción de diversas posturas conceptuales. A esto se suma, que la discapacidad es un concepto dinámico porque es el resultado de la interacción entre la persona y el ambiente en que vive.²

En concordancia, al interior de la Sub Red Sur Occidente se han realizado esfuerzos por conocer y entender las realidades que vive este grupo poblacional, uno de estos ejercicios consiste en el Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales, cuyo documento realiza un recorrido de acuerdo a la información disponible, y hace visible las relaciones entre condiciones, calidad de vida, salud y enfermedades, desde el enfoque diferencial, para las poblaciones vulneradas históricamente.

La población con discapacidad, en las cuatro localidades de incidencia a saber: Bosa, Kennedy Fontibón y Puente Aranda, tienen características sumamente diversas, y que como se ha venido

¹ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta; 2011.

² Alcaldía mayor de Bogotá D.C. DECRETO 470 DE 2007 - Política Pública Distrital de Discapacidad. Bogotá; 2007.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

tratando en este punto depende en gran medida de las relaciones que se establecen al interior de las familias, pero también en los entornos hogar, educativo, laboral, comunitario e institucional, de esta forma la interacción de la persona con discapacidad esta mediada en gran manera por las condiciones sociales, geográficas y económicas en las que se desenvuelve.

En el último documento de Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales publicado en el año 2017, se realiza un análisis individual por cada una de las localidades de incidencia, a partir de los datos reportados por el registro de personas con discapacidad a cargo de Vigilancia en Salud Pública, el documento expone dentro de sus aspectos más relevantes con relación a la descripción de la población con discapacidad, lo siguiente:

Fontibón:

- La pirámide poblacional de las personas con discapacidad que residen en la localidad de Fontibón, muestra una forma completamente invertida por grupos de edad, esto indica que las personas con discapacidad son en su mayoría una población envejecida, esto es consistente con el índice de vejez en donde se identifica que de cada 100 personas con discapacidad 32,3 tienen más de 65 años de edad, por el contrario, de cada 100 PCD 10,7 son menores de 15 años.
- Las Mujeres con discapacidad en la localidad de Fontibón son predominantes con un 59,2%, mientras los hombres ocuparon el 40,8% restante. Se puede inferir una mayor fragilidad para las mujeres a contraer algún tipo de Discapacidad mucho antes que los hombres en el transcurso vital durante la adultez, llegando a picos más elevados para ellas en el grupo de 55 a 59 años, mientras para los hombres es gradual llegando al pico en el grupo los 70 a los 74 años.
- La concentración de la población con discapacidad se clasifica según estrato socioeconómico en categorías medias. Una localidad con desigualdad expuesta a través de áreas con estratos altos y bajos que focalizan la fragilidad social en términos de segregación espacial. La planeación de la ciudad considera a Fontibón como una entrada principal por su conexión con el aeropuerto y con la terminal de transporte terrestre. La edificación de algunas áreas permite una arquitectura amigable para la población con Discapacidad. Contar con andenes, puentes peatonales, espacios con rampas para la circulación protegida en relación a la movilidad para la discapacidad.
- Las personas con Discapacidad dentro de las actividades realizadas en los últimos meses por las personas con discapacidad en la localidad de Fontibón se encontró una mayor proporción en incapacitado permanente para trabajar – sin pensión con el 20,4%, le siguen trabajando con el 12% y otro tipo de actividad con el 10,9%.
- Según la estructura y funciones corporales comprometidas por la discapacidad se encontraron el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con el 21,5% luego la afectación del sistema cardio respiratorio con el 16,2%, seguido de problemas

en la visión.

Bosa:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

- La pirámide poblacional de las personas con discapacidad que residen en la Localidad de Bosa muestra una forma completamente invertida por grupos de edad, esto indica que las personas con discapacidad son en su mayoría una población envejecida, esto es consistente con el índice de vejez en donde se identifica que de cada 100 personas con discapacidad 33,6 tienen más de 65 años de edad, por el contrario, de cada 100 Persona con Discapacidad 7,5 son menores de 15 años.
- Las mujeres ocupan el 58,3% dentro de las personas incluidas en el registro, mientras los hombres cuentan con el 41,7% restante, mostrando que las primeras tienen un mayor riesgo para presentar una discapacidad. Sin embargo, un aumento para ambos sexos a partir de la adultez con un pico en el grupo de 60 a 64 años, que lo sobrepasa en las edades de 80 y más.
- En relación a las alteraciones permanentes en las personas con Discapacidad se identificaron con altos porcentajes de afectación en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con el 19,9%, le sigue del sistema cardiorrespiratorio con el 18,1%, de los ojos con el 17,3%. El tipo de discapacidad identificado compromete el desplazamiento por el espacio público, el cual no está preparado para el tránsito de personas con funcionalidad múltiple.
- El caso de Bosa resulta interesante pues por su estratificación socioeconómica predominantemente baja, alberga todo tipo de población vulnerable o en fragilidad social por bajos ingresos, aumentando la complejidad que allí se vive, marcado por un fuerte componente ambiental, a partir de la contaminación de los dos ríos que la recorren y el mal uso de los canales de drenaje, pero además por el componente social donde conviven víctimas y victimarios en el mismo territorio.
- La población que ocupa el segundo lugar con mayor representatividad demográfica en la localidad son las Personas con Discapacidad, con el 37,1% del total diferencial en Bosa. Respecto a la subred, representa el 33,4% de las personas con discapacidad en las cuatro localidades.
- Esta población cuenta con una política pública que reglamenta un sistema distrital donde se organizan todos los sectores e instituciones para atender y proteger las situaciones de vulnerabilidad en esta población, así como en cada alcaldía local en el Distrito, implementa el Banco de Ayudas Técnicas para la Discapacidad, no logra impactar el acumulado de necesidades insatisfechas, dadas sus particularidades generadas por las múltiples limitaciones que implica la Discapacidad.

Más aún en localidades como Bosa, que no cuentan con infraestructuras amigables para transitar adecuadamente o su ubicación periférica no favorece el acceso oportuno a tratamientos de rehabilitación ubicados en otras zonas del Distrito. Por otro lado, se reconoce en la localidad una fuerte participación de la Discapacidad en diferentes espacios, contando con un consejo local reglamentado y múltiples organizaciones culturales que reivindican y hacen visibles los derechos, las habilidades, la diversidad funcional y la autonomía de la población con Discapacidad.

Kennedy:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

- La pirámide poblacional de las personas con discapacidad que residen en la Localidad de Kennedy, muestra una forma completamente invertida por grupos de edad, esto indica que las personas con discapacidad son en su mayoría una población envejecida, esto es consistente con el índice de vejez en donde se identifica que de cada 100 personas con discapacidad 30,8 tienen más de 65 años de edad, por el contrario, de cada 100 PCD 8,8 son menores de 15 años, adicionalmente el índice de Frizz muestra que la población con discapacidad local es una población envejecida (59 “inferior a 60”).
- Las mujeres representan el 59,2% del total de personas identificadas, mientras los hombres ocuparon el 40,8% restante. Esto evidencia que ellas tienen un riesgo mayor para adquirir una discapacidad durante el transcurso de su vida. Por otro lado, los hombres muestran un mayor riesgo de nacer o presentar una discapacidad desde los primeros años de vida. Ambos sexos van en aumento con el paso de los años presentando un pico en las mujeres del grupo de 55 a 59 años y en los hombres del grupo de 60 a 64 años.
- El mayor porcentaje se encuentra en el estrato 2 lo cual es característico de la localidad, la desigualdad se expresa en el nivel de fragilidad por recursos económicos, ambientes sanos y seguros para el desarrollo humano.
- Las personas con discapacidad de la localidad de Kennedy, según actividad realizada en los últimos meses, en su mayoría estaba realizando oficios del hogar, seguido de la incapacidad permanente para trabajar y sin pensión. La población menor de 10 años ocupó el 0,3%.
- En cuanto a las estructuras o funciones corporales comprometidas por discapacidad se encontró en mayor medida el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, seguido de la afectación al sistema cardio respiratorio y el sistema nervioso central. Las causas de discapacidad comprometen la funcionalidad y movilidad de las personas, pero además, por aspectos biológicos se hacen más exigentes en cuanto a los tratamientos que se requieren, aumentando los costos, lo cual incide determinadamente sobre las barreras de acceso en la garantía del derecho a la salud.
- La segunda población diferencial más numerosa de la localidad es personas en condición de discapacidad, ubicada después de la población Víctima del Conflicto Armado, la población con discapacidad reúne el 51,1% dentro del total diferencial. A su vez, Kennedy aloja el 41,4% de las personas con estas características que habitan en la subred.
- La población con discapacidad cuenta con una política pública que reglamenta un sistema distrital donde se organizan todos los sectores e instituciones para atender las situaciones de vulnerabilidad de esta población; además de ello, cada alcaldía local del Distrito implementa un Banco de Ayudas Técnicas para la Discapacidad. Sin embargo, esta oferta institucional no resulta suficiente a la hora de atender el acumulado de necesidades insatisfechas, dado el alto número de personas que las presentan.
- Los cuidados que requieren las personas con discapacidad le significan altos costos en términos de tiempo y de recursos a sus familias, los cuales muchas veces no pueden sortear dada su situación socioeconómica. Kennedy por su parte es una localidad en con UPZs de alta vulnerabilidad socioeconómica. A ello se suma las deficiencias de infraestructura de la

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

localidad para facilitar el tránsito adecuado de la población con discapacidad, y su ubicación periférica que no favorece el acceso oportuno a tratamientos de rehabilitación ubicados en otras zonas del Distrito.

Puente Aranda:

- La pirámide poblacional de las personas con discapacidad que residen en la Localidad de Puente Aranda, muestra una forma completamente invertida por grupos de edad, esto indica que las personas con discapacidad son en su mayoría una población envejecida, esto es consistente con el índice de vejez en donde se identifica que de cada 100 personas con discapacidad 39,9 tienen más de 65 años de edad, por el contrario, de cada 100 PCD 4,9 son menores de 15 años. Adicionalmente el índice de Frizz muestra que la población con discapacidad local es una población envejecida (41,6 “inferior a 60”).
- Las mujeres en condición de Discapacidad llegan al 59,8%, dejando para los hombres el 40,2% restante.
- Con respecto al sexo se evidencia que entre los 0 y los 34 años de edad el número de hombres es mayor frente al de las mujeres, a partir del quinquenio de 35 a 39 años la proporción de hombres empieza a invertirse encontrando mayor número de mujeres, a medida que pasan los quinquenios esta diferencia es más evidente.
- Las personas con discapacidad en la localidad de Puente Aranda tienen una mayor concentración en el estrato 3 llegando al 97,4%, con una predominancia que corresponde con las características generales de la localidad. Cabe observar que a pesar de presentar áreas con estratos altos, estos no se relacionan en el registro, lo cual también hace considerar un aumento en la variable Sin Dato y se correlación con la pobreza oculta.
- Dentro de la localidad dieciséis convive el 3,7% de la población diferencial de la subred. Con una mayor representatividad de la Discapacidad con 55,4% de la población diferencial local. Lo cual significa una gran proporción, según la proyección de la población local, pero para el total de personas con discapacidad en la subred, llega a cubrir solo el 11% de la misma.
- En Puente Aranda, de igual forma se implementa la política pública con la operación del Sistema Distrital de Discapacidad que articula los sectores e instituciones para la protección y atención de las personas con discapacidad. Así como la participación a través del consejo local de discapacidad.
- Los altos índices de discapacidad en la localidad se asocian al acelerado crecimiento de la población adulta y en la vejez, con una mayor carga en salud producto de afecciones crónicas. Aun cuando Puente Aranda sea considerada una de las localidades aventajadas presentando mejores condiciones de vida que el promedio del Distrito, sin embargo, el aumento de la población mayor y la reducción de la fecundidad, generará una baja en la población económicamente activa, quienes estarían a cargo de las personas mayores cuando ya no puedan ser productivas o cuando el grado de deterioro de su enfermedad los excluya de cualquier actividad. De otro lado, se da la pobreza oculta en hogares que tradicionalmente pertenecen a estratos medios y altos, pero que se han quedado sin capacidad de pago.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	

Finalmente es importante resaltar que la discapacidad no es una situación que sea exclusiva de cada persona, sino que claramente tiene una relación con los cuidadores, pero también con las demás personas que se encuentran alrededor (Familia, profesores, vecinos, personal de la salud, funcionarios públicos y privados, entre otros) es por esto que es necesario realizar una intervención integral, multidisciplinaria y que aborde los diferentes entornos de la persona.

CUIDADORES Y CUIDADORAS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

El cuidador o cuidadora de la persona con discapacidad es la persona que acompaña y asiste en las actividades a una persona que por su condición de salud así lo requiere, en su mayoría posee un vínculo familiar y un lazo afectivo de compromiso, y modifica su vida para asumir tareas del cuidado convirtiéndose en “Segundos Pacientes Invisibles”³

Tipos de Cuidadores:

- **Formales:** Personas capacitadas como auxiliares o profesionales de la enfermería, medicina o psicología que brindan atención asistencial preventiva y educativa y reciben remuneración por sus servicios.
- **Informales:** Personas de la familia de la persona o comunidad que la asisten, acompañan y orientan sin contar con capacitación técnica o profesional, y generalmente no reciben remuneración.

En este orden de ideas, el cuidador o cuidadora cumple un papel protagónico en la vida de la persona con discapacidad, la familia y la sociedad y es por esto que es fundamental atender sus necesidades en salud, buscando promover un bienestar integral de la población con discapacidad y previniendo además la adquisición de nuevas condiciones de salud física y mental que puedan conllevar a una discapacidad consecuente en la persona que ejerce las labores de cuidado.

6.3 Eventos a abordar en este grupo de riesgo:

La población con discapacidad como población diferencial es susceptible a presentar todo tipo de eventos que afectan a la población de manera transversal, dentro de estos grupos de eventos en salud pueden estar los eventos inmunoprevenibles, Mycobacterias, Infecciones de transmisión sexual, eventos zoonóticos, eventos de riesgo ambiental, enfermedades crónicas no transmisibles, eventos de maternidad segura, enfermedades transmitidas por vectores, eventos asociados al cuidado de la salud y demás emergentes. Por esto es importante un abordaje integral con enfoque diferencial que facilite que la población acceda a la información oportuna y a los servicios de salud requeridos con los ajustes razonables requeridos y apoyos a que haya lugar.

Dentro de los eventos que mayormente expuestos por la población se encuentran: meningitis, defectos congénitos, enfermedades huérfanas-raras, lesiones de causa externa, y enfermedades crónicas.

6.4 Caracterización epidemiológica

³ Secretaría Distrital de Salud. Asistencia Técnica Septiembre de 2020.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

El subsistema de Vigilancia en salud Pública de Discapacidad se entiende como un proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes en la población con discapacidad.

El Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RCLPD) se realizó hasta el mes de julio de 2020, de acuerdo a la implementación de la de la Resolución 113 del 2020. Las Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) permiten conocer el manejo de la discapacidad e identificación de barreras en los diferentes entornos. A partir de junio de 2020 se incluyeron acciones para la identificación y monitoreo de PCD y cuidadores en eventos de interés en salud pública actualmente COVID-19 e intervención y seguimiento a cohortes de eventos congénitos.

6.4.1 REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (RLCPD)

De acuerdo al registro de localización y caracterización de personas con discapacidad en las localidades de la Subred Sur Occidente se encuentran identificadas 102.366, de las cuales 82.593 se encuentran vivas.

El 29% (n=24.333) presentan alta dependencia y requieren de un cuidador permanente para sus actividades básicas cotidianas (ABC) y actividades de la vida diaria (AVD). La localidad con mayor número de personas con discapacidad registradas es Kennedy con un 40% (n=33.137), seguida de la localidad de Bosa con un 30% (n=24.993).

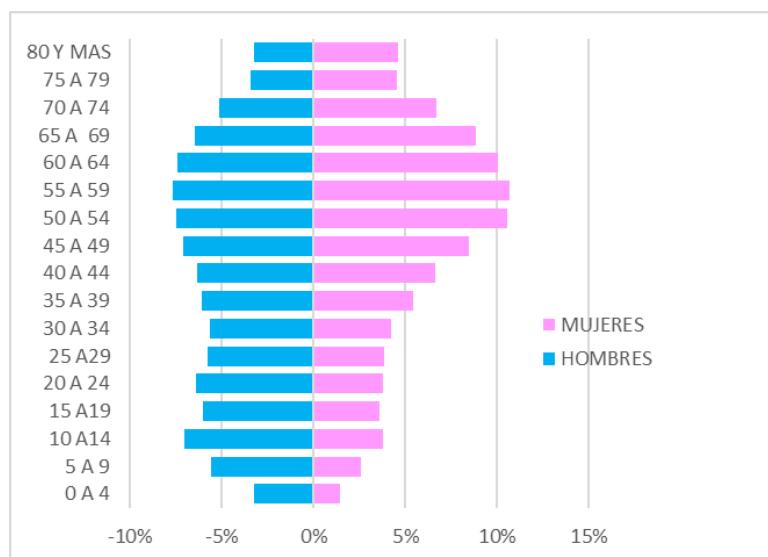
TABLA 1. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA SEGÚN LOCALIDAD, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020

LOCALIDAD	No. PCD REGISTRADAS	%
BOSA	24.993	30%
KENNEDY	33.137	40%
FONTIBÓN	12.131	15%
PUENTE ARANDA	12.332	15%
TOTAL	82.593	100%

Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud 2002 – Julio 2020

El 59% (n= 48356) corresponde a mujeres con discapacidad y el 41% (n= 34237) hombres con discapacidad.

GRAFICO 1. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA Y CARACTERIZADA SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020



Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

De acuerdo al curso de vida el mayor número de la población registrada se encuentra en la etapa de adultez con un 46,5% (n=38.343) seguido de vejez con un 31% (n=25.614).

TABLA 3. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA SEGÚN CURSO DE VIDA Y LOCALIDAD, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020

LOCALIDAD	PRIMERA INFANCIA	%	INFANCIA	%	ADOLESCENCIA	%	JUVENTUD	%	ADULTEZ	%	VEJEZ	%	TOTAL	%
BOSA	833	1,0	2.400	2,9	1.110	1,3	2.514	3,0	11.854	14,4	6.282	7,6	24.993	30%
KENNEDY	919	1,1	2.484	3,0	1.243	1,5	2.580	3,1	15.439	18,7	10.472	12,7	33.137	40%
FONTIBÓN	292	0,3	807	1,0	386	0,5	969	1,2	5.555	6,7	4.122	5,0	12.131	15%
PUENTE ARANDA	208	0,3	511	0,6	279	0,3	1.101	1,3	5.495	6,7	4.738	5,7	12.332	15%
TOTAL	2.252	2,7%	6.202	7,5%	3.018	3,6%	7.164	8,6%	38.343	46,5%	25.614	31%	82.593	100%

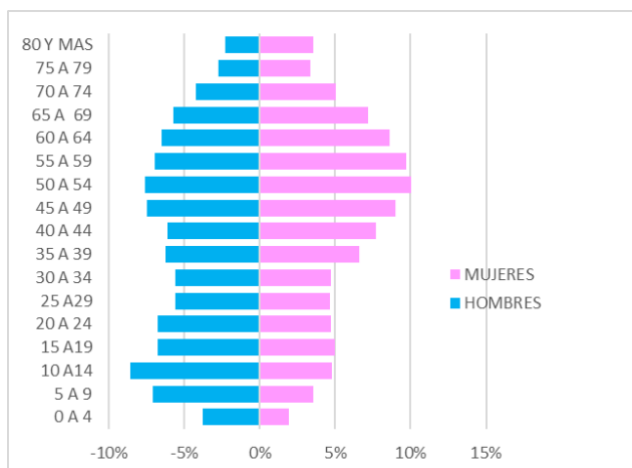
Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

Localidad de Bosa

En la localidad de Bosa se encuentran registradas 24.993 personas con discapacidad, de las cuales el 58% (n=14618) son mujeres y el 42% (n=10375) hombres.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	

GRAFICO 2. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA Y CARACTERIZADA LOCALIDAD DE BOSA, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020



Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

De la población registrada en la localidad, el 37% (n=9357) requieren de un cuidador permanente ya que se encuentran en alta dependencia.

El 56% de la población presenta limitaciones para caminar, correr y saltar; seguido del 40% que presenta limitaciones para pensar y memorizar.

GRAFICO 3. PRINCIPALES LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, LOCALIDAD DE BOSA, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

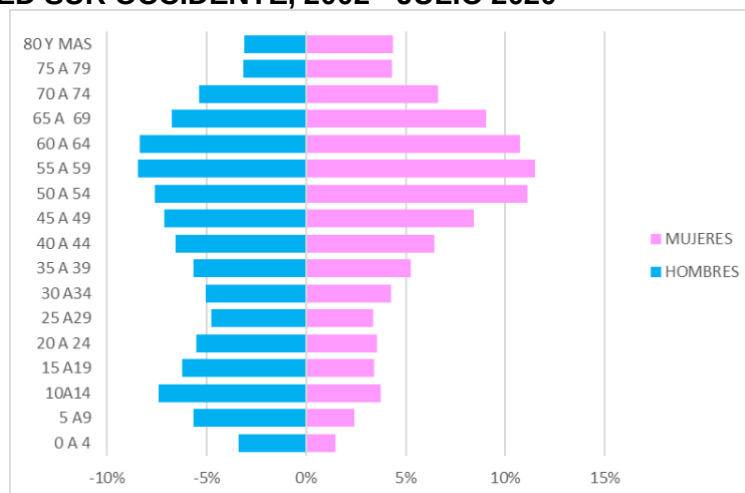
	PENSAR, MEMORIZAR	40%
	VER	31%
	OIR	12%
	HABLAR Y COMUNICARSE	14%
	DESPLAZARSE EN TRECHOS CORTOS	37%
	CAMINAR, CORRER, SALTAR	56%
	REALCIONARSE CON LOS DEMÁS Y EL ENTORNO	21%
	LLEVAR MOVER, UTILIZAR OBJETOS CON LAS MANOS	28%
	CAMBIAR Y MANTENER POSICIONES DEL CUERPO	23%
	ALIMENTARSE, ASEARSE, VESTIRSE POR SI MISMO	7%

Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

Localidad de Kennedy

En la localidad de Kennedy se encuentran registradas 33.137 personas con discapacidad, de las cuales el 59% (n=19.533) son mujeres y el 41% (n=13.604) hombres.

GRAFICO 4. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA Y CARACTERIZADA LOCALIDAD DE KENNEDY, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020



Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

De la población registrada en la localidad, el 25% (n=8165) requieren de un cuidador permanente ya que se encuentran en alta dependencia.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

El 55% de la población presenta limitaciones para caminar, correr y saltar; seguido del 39% que presenta limitaciones para pensar y memorizar.

GRAFICO 5. PRINCIPALES LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, LOCALIDAD DE KENNEDY, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020

	PENSAR, MEMORIZAR	39%
	VER	27%
	OIR	10%
	HABLAR Y COMUNICARSE	15%
	DESPLAZARSE EN TRECHOS CORTOS	34%
	CAMINAR, CORRER, SALTAR	55%
	REALCIONARSE CON LOS DEMÁS Y EL ENTORNO	14%
	LLEVAR MOVER, UTILIZAR OBJETOS CON LAS MANOS	21%
	CAMBIAR Y MANTENER POSICIONES DEL CUERPO	19%
	ALIMENTARSE, ASEARSE, VESTIRSE POR SI MISMO	7%

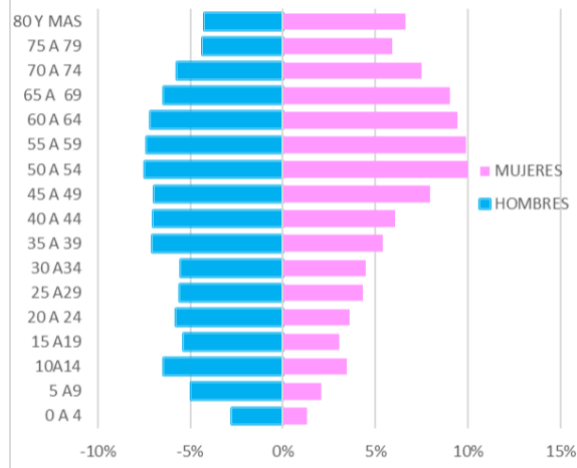
Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

Localidad de Fontibón

En la localidad de Fontibón se encuentran registradas 12.131 personas con discapacidad, de las cuales el 58% (n=6.928) son mujeres y el 42% (n=5146) hombres.

GRAFICO 6. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA Y CARACTERIZADA LOCALIDAD DE FONTIBÓN, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	



Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

De la población registrada en la localidad, el 35% (n=4249) requieren de un cuidador permanente ya que se encuentran en alta dependencia.

El 63% de la población presenta limitaciones para caminar, correr y saltar; seguido del 36%

que presenta limitaciones para llevar, mover, utilizar objetos con las manos y cambiar y mantener posiciones del cuerpo.

GRAFICO 7. PRINCIPALES LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, LOCALIDAD DE FONTIBÓN, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020

	PENSAR, MEMORIZAR	35%
	VER	31%
	OIR	14%
	HABLAR Y COMUNICARSE	16%
	DESPLAZARSE EN TRECHOS CORTOS	33%
	CAMINAR, CORRER, SALTAR	63%
	REALCIONARSE CON LOS DEMÁS Y EL ENTORNO	17%
	LLEVAR MOVER, UTILIZAR OBJETOS CON LAS MANOS	36%
	CAMBIAR Y MANTENER POSICIONES DEL CUERPO	36%
	ALIMENTARSE, ASEARSE, VESTIRSE POR SI MISMO	13%

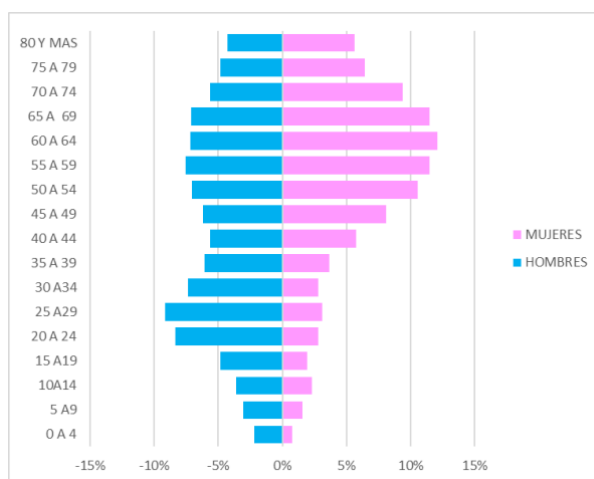
Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

Localidad de Puente Aranda

En la localidad de Puente Aranda se encuentran registradas 12.332 personas con discapacidad, de las cuales el 59% (n=7.220) son mujeres y el 41% (n=5112) hombres.

GRAFICO 8. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA Y CARACTERIZADA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020



Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

De la población registrada en la localidad, el 21% (n=2562) requieren de un cuidador permanente ya que se encuentran en alta dependencia.

El 54% de la población presenta limitaciones para caminar, correr y saltar; seguido del 36% que presenta limitaciones para pensar y memorizar.

GRAFICO 9. PRINCIPALES LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, LOCALIDAD DE FONTIBÓN, SUBRED SUR OCCIDENTE, 2002 - JULIO 2020

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

	PENSAR, MEMORIZAR	36%
	VER	29%
	OIR	12%
	HABLAR Y COMUNICARSE	12%
	DESPLAZARSE EN TRECHOS CORTOS	35%
	CAMINAR, CORRER, SALTAR	54%
	REALCIONARSE CON LOS DEMÁS Y EL ENTORNO	13%
	LLEVAR MOVER, UTILIZAR OBJETOS CON LAS MANOS	22%
	CAMBIAR Y MANTENER POSICIONES DEL CUERPO	21%
	ALIMENTARSE, ASEARSE, VESTIRSE POR SI MISMO	8%

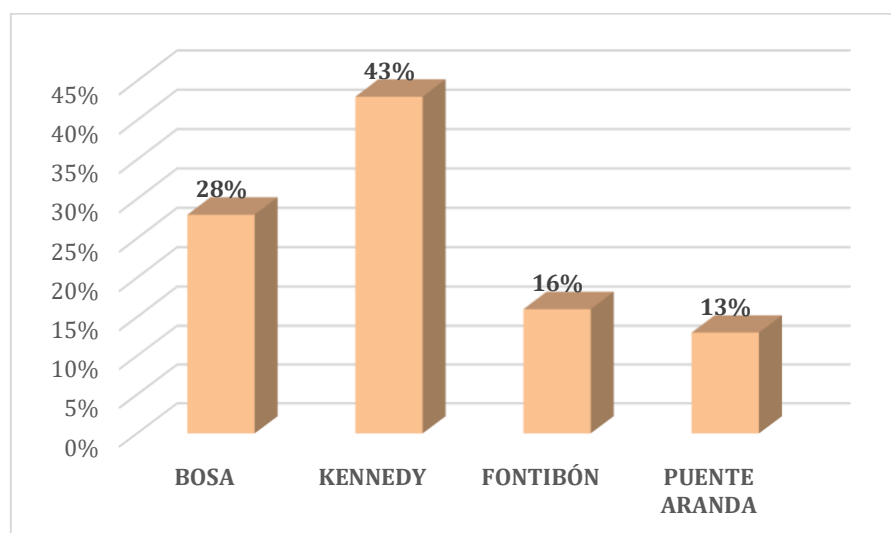
Fuente: Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaria Distrital de Salud 2002 – julio 2020

6.4.2 PERSONAS CON DISCAPACIDAD POSITIVAS POR COVID-19

Para el periodo junio a diciembre de 2020 se han identificado 1.773 PCD positivos por COVID-19, de los cuales el 6% (n=110) fallecieron.

El 58% (n=1021) son mujeres y el 42% (n=752). La localidad con mayor registro de PCD positivos es Kennedy con el 43% (n=771) seguida de la localidad de Bosa con un 28% (n=490).

GRAFICO 10. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD POSITIVOS POR COVID -19 SEGÚN LOCALIDAD, SUBRED SUR OCCIDENTE, JUNIO – DICIEMBRE 2020



Fuente: Base de datos de identificación de PCD Positivos COVID-19, Subred Sur Occidente, junio-diciembre 2020

Para los meses de septiembre a diciembre 2020 se caracterizaron 109 cuidadores de PCD positivos por COVID-19.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

COVID-19 en alta dependencia, de los cuales 29 se han canalizado al componente de RBC Soporte Social para seguimiento ya que se encuentran en alerta por sobrecarga en áreas como: salud física, salud mental, salud psicosocial y síntomas en la PCD que cuida.

6.4.3 INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO A COHORTES EVENTOS CONGÉNITOS

Para el periodo noviembre -diciembre de 2020 se realizó seguimiento y aplicación de instrumento para conocer el desarrollo neurológico de los menores y barreras en salud. Para la Cohorte de Sífilis Congénita se realizaron 19 seguimientos y para la Cohorte de Eventos Congénitos (microcefalia, macrocefalia y espina bífida) 18 seguimientos, de acuerdo a base de datos enviada por la referente distrital del subsistema de Discapacidad.

6.4.4 INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO (IEC)

Durante el periodo de enero a diciembre de 2020 se realizaron 175 investigaciones epidemiológicas de campo (IEC). Teniendo en cuenta los criterios de la causa de la discapacidad para la intervención de los casos el 66% (n=115) corresponde a alteraciones genéticas y hereditarias, el 26% (n=46) complicaciones durante el parto y el 8% (n=14) accidentalidad vial.

6.4.4.1 IEC Accidentalidad Vial

Durante el periodo en mención, para los meses de enero a marzo se abordaron 14 casos, de los cuales el 79% (n=11) son hombres y el 21%(n=3) mujeres. La localidad con mayor número de casos abordados es Kennedy con un 35%.

TABLA 4. CASOS DE IEC POR ACCIDENTALIDAD VIAL SEGÚN SEXO Y LOCALIDAD, SUBRED SUR OCCIDENTE, ENERO - MARZO 2020

LOCALIDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
KENNEDY	3	21%	2	14%	5	35%
BOSA	4	29%	0	0%	4	29%
FONTIBÓN	2	14%	1	7%	3	22%
PUENTE ARANDA	2	14%	0	0%	2	14%
TOTAL	11	79%	3	21%	14	100%

Fuente: Base Distrital Registro de Personas con Discapacidad, SDS a junio 2020 – Base de IEC Accidentalidad Vial, Subred Sur Occidente, enero – marzo 2020

El 86% (n=12) de los casos abordados corresponde al curso de vida adultez, donde el 64% (n=9) es cabeza de familia.

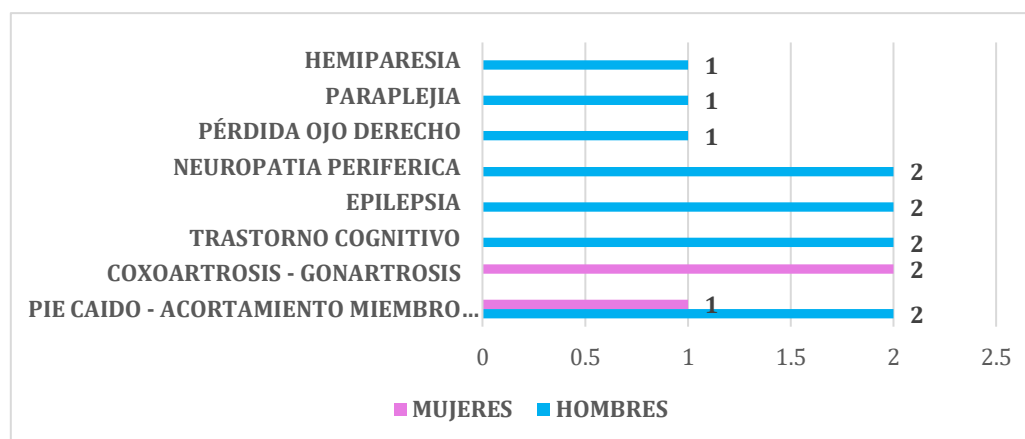
TABLA 5. CASOS DE IEC POR ACCIDENTALIDAD VIAL SEGÚN CURSO DE VIDA Y LOCALIDAD, SUBRED SUR OCCIDENTE, ENERO - MARZO 2020

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD			Versión:		1		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
					Fecha de aprobación:		01/02/2021		
					Código:		06-01-OD-0016		
LOCALIDAD	CURSO DE VIDA								
	JUVENTUD	%	ADULTEZ	%	VEJEZ	%	VEJEZ	%	
KENNEDY	0	0%	4	29%	0	0%	4	29%	
BOSA	1	7%	4	29%	0	0%	5	36%	
FONTIBÓN	0	0%	3	21%	0	0%	3	21%	
PUENTE ARANDA	0	0%	1	7%	1	7%	2	14%	
TOTAL	1	7%	12	86%	1	7%	14	100%	

Fuente: Base Distrital Registro de Personas con Discapacidad, SDS a junio 2020 – Base de IEC Accidentalidad Vial, Subred Sur Occidente, enero – marzo 2020

El mayor número de secuelas adquiridas en los hombres son neuropatía periférica, epilepsia, trastorno cognitivo y acortamiento del miembro inferior. En mujeres coxartrosis y gonartrosis.

GRÁFICO 11. CASOS DE IEC POR ACCIDENTALIDAD VIAL SEGÚN SEXO Y SECUELAS ADQUIRIDAS, SUBRED SUR OCCIDENTE ENERO - MARZO 2020

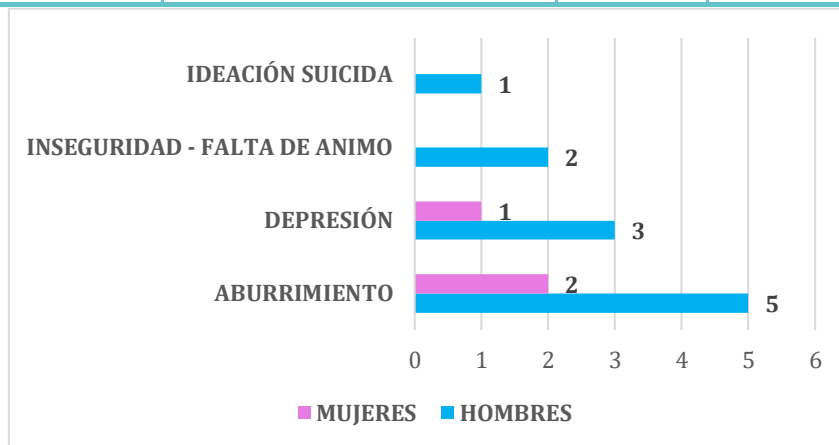


Fuente: Base Distrital Registro de Personas con Discapacidad SDS a junio 2020 – Base de IEC Accidentalidad Vial, Subred Sur Occidente, enero – marzo 2020

El mayor número de afectaciones emocionales en los hombres y mujeres son aburrimiento y depresión.

GRÁFICO 12. CASOS DE IEC POR ACCIDENTALIDAD VIAL SEGÚN SEXO Y AFECTACIONES EMOCIONALES, SUBRED SUR OCCIDENTE ENERO - MARZO 2020

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	

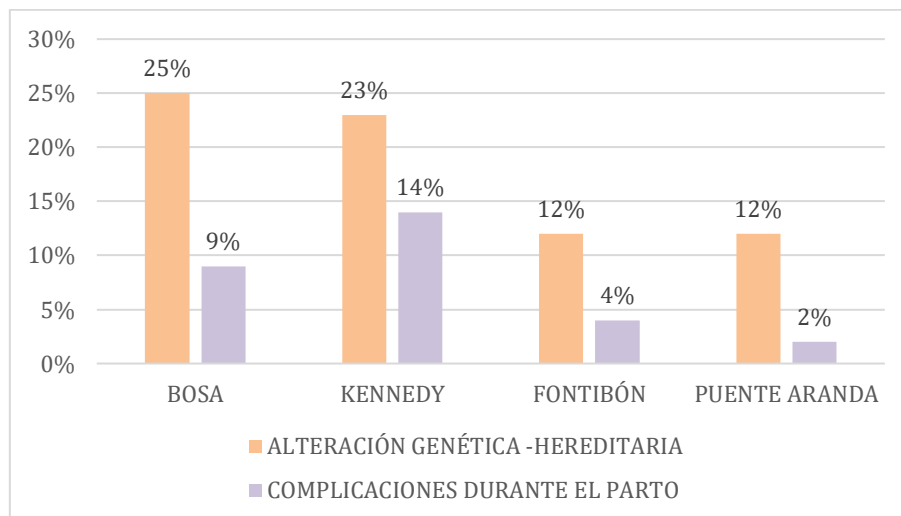


Fuente: Base Distrital Registro de Personas con Discapacidad, SDS a junio 2020 – Base de IEC Accidentalidad Vial, Subred Sur Occidente enero – marzo 2020

6.4.4.2 IEC Alteraciones Genéticas -Hereditarias y Complicaciones Durante el Parto

Durante los meses de junio a diciembre se abordaron 161 casos, de los cuales el 71% (n=115) tiene como causa alteración genética - hereditaria y el 29% (n=46) complicaciones durante el parto.

GRÁFICO 13. CASOS DE IEC POR ALTERACION GENÉTICA – HEREDITARIA Y COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO SEGUN LOCALIDAD, SUBRED SUR OCCIDENTE JUNIO – DICIEMBRE 2020



Fuente: Base Distrital Registro de Personas con Discapacidad, SDS a junio 2020 – Base de IEC Alteración genética, hereditaria y Complicaciones durante el parto, Subred Sur Occidente, junio – diciembre 2020

De los casos abordados el 60% (n=97) son hombres y el 40%(n=64) mujeres. La localidad con mayor número de casos abordados es Kennedy con un 37%.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

TABLA 6. CASOS DE IEC POR ALTERACION GENÉTICA – HEREDITARIA Y COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO SEGÚN SEXO Y LOCALIDAD, SUBRED SUR OCCIDENTE JUNIO – DICIEMBRE 2020

LOCALIDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
BOSA	28	17%	26	16%	54	34%
KENNEDY	36	22%	23	14%	59	37%
FONTIBÓN	19	12%	6	4%	25	16%
PUENTE ARANDA	14	9%	9	6%	23	14%
TOTAL	97	60%	64	40%	161	100%

Fuente: Base Distrital Registro de Personas con Discapacidad, SDS a junio 2020 – Base de IEC Alteración genética, hereditaria y Complicaciones durante el parto, Subred Sur Occidente, junio – diciembre 2020

El 40% (n=65) de los casos abordados corresponde al curso de vida infancia, seguido del 32% (n=51) primera infancia y el 24% (n=39) adolescencia.

TABLA 7. CASOS DE IEC POR ACCIDENTALIDAD VIAL SEGÚN CURSO DE VIDA Y LOCALIDAD, SUBRED SUR OCCIDENTE, JUNIO – DICIEMBRE 2020

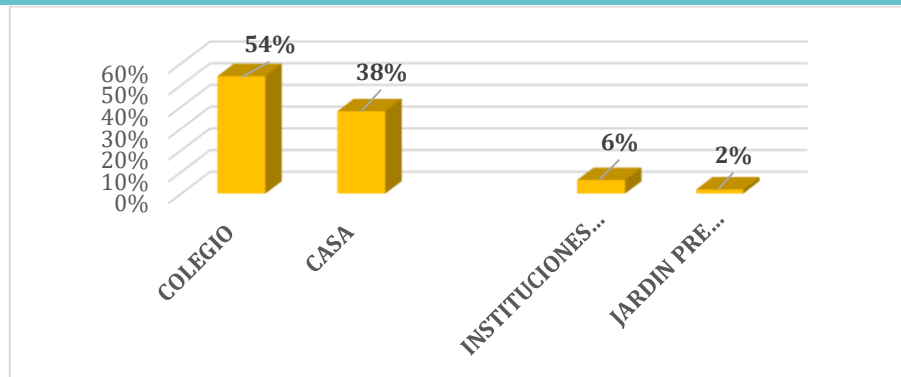
LOCALIDAD	CURSO DE VIDA									
	PRIMERA INFANCIA	%	INFANCIA	%	ADOLESCENCIA	%	JUVENTUD	%	TOTAL	%
BOSA	16	10%	25	16%	11	7%	2	1%	54	34%
KENNEDY	21	13%	26	16%	11	7%	1	1%	59	37%
FONTIBÓN	8	5%	7	4%	9	6%	1	1%	25	16%
PUENTE ARANDA	6	4%	7	4%	8	5%	2	1%	23	14%
TOTAL	51	32%	65	40%	39	24%	6	4%	161	100%

Fuente: Base Distrital Registro de Personas con Discapacidad, SDS a junio 2020 – Base de IEC Alteración genética, hereditaria y Complicaciones durante el parto, Subred Sur Occidente, junio – diciembre 2020

El 54% (n=87) de los menores y jóvenes permanece la mayor parte del tiempo en el colegio actualmente en modalidad virtual por la pandemia por COVID-19, seguido del 38% (n=61) que permanece en casa.

GRÁFICO 14. CASOS DE IEC POR ALTERACION GENÉTICA – HEREDITARIA Y COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO SEGUN LUGAR DE PERMANENCIA, SUBRED SUR OCCIDENTE JUNIO – DICIEMBRE 2020

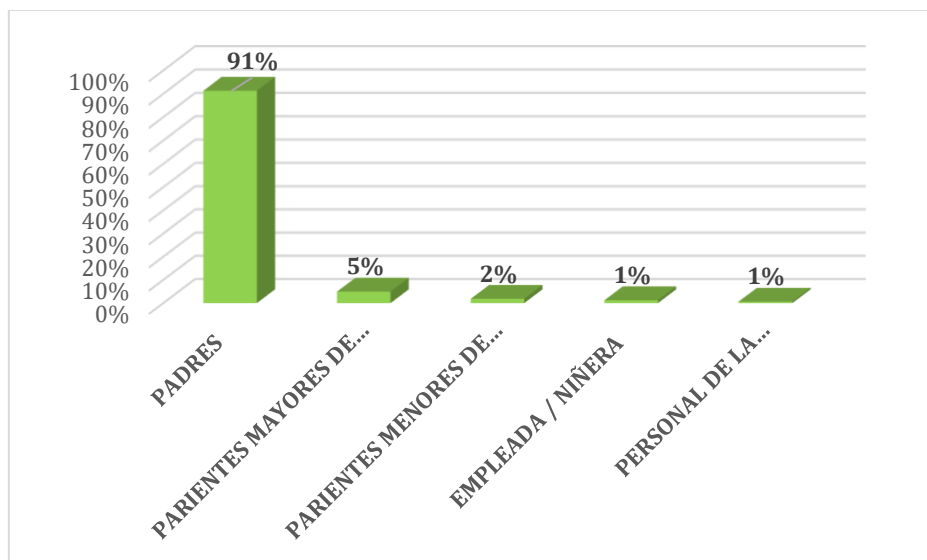
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	



Fuente: Base Distrital Registro de Personas con Discapacidad, SDS a junio 2020 – Base de IEC Alteración genética, hereditaria y Complicaciones durante el parto, Subred Sur Occidente, junio – diciembre 2020

El 91% (n=147) de los menores y jóvenes permanece la mayor parte del tiempo con mamá o papá, seguido del 5% (n=8) con parientes mayores frecuentemente los abuelos.

GRÁFICO 15. CASOS DE IEC POR ALTERACION GENÉTICA – HEREDITARIA Y COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO SEGUN PERSONAS CON QUIEN PERMANECE, SUBRED SUR OCCIDENTE JUNIO – DICIEMBRE 2020



Fuente: Base Distrital Registro de Personas con Discapacidad, SDS a junio 2020 – Base de IEC Alteración genética, hereditaria y Complicaciones durante el parto, Subred Sur Occidente, junio – diciembre 2020

El 71% (n=114) de los menores y jóvenes han presentado barreras para la atención en salud como dificultades para la asignación de citas médicas y demora en la autorización para terapias, medicamentos y citas con especialistas.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

El 52% (n=84) de los cuidadores manifiesta dificultad para realizar los desplazamientos a las atenciones médicas y rehabilitación, ya que deben hacer uso de transporte público el cual presenta barreras para algunos menores y jóvenes con alteraciones motoras y de comportamiento, relacionadas con el 92% (n=148) que refieren que los servicios de salud no son cercanos y deben realizar desplazamientos hacia varios sectores de la ciudad, evidenciándose un servicio fraccionado que no permite la atención integral en salud.

6.4.5 ASISTENCIAS TÉCNICAS

Vigilancia al subsistema de Discapacidad para fortalecer y mantener la red de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) y unidades informadoras (UI), para la adecuada identificación de la condición de discapacidad en los diferentes eventos de interés en salud pública, la notificación (canalización) de PCD y socialización de información en discapacidad.

El subsistema de discapacidad cuenta con 18 operadores que conforman la red de VSP Discapacidad para la Subred Sur Occidente.

6.5 Identificación de la distribución geográfica del grupo de riesgo

Kennedy

El registro de discapacidad del Distrito señala una distribución dispersa de la población con esta condición en la localidad; sin embargo, se detecta un mayor número de casos en las UPZ de Castilla, Patio Bonito, Kennedy Central y Timiza, lo cual sugiere una alta heterogeneidad de características socioeconómicas de esta población

Puente Aranda

Respecto a las personas con discapacidad la información analizada permite afirmar que se concentran en las UPZ Puente Aranda, Ciudad Montes y San Rafael. La población con discapacidad en esta localidad se caracteriza por encontrarse en el momento de persona mayor.

7. ACCIONES / INTERVENCIONES DE LA RIAS – DESARROLLO RIAS

Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

Hito 1. Diagnóstico y certificación de la discapacidad

Diagnóstico: Se debe realizar el diagnóstico de la población de acuerdo al concepto de discapacidad el cual refiere que evoluciona y resulta de la interacción de las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones por los demás realizada por el médico tratante o especialista según el tipo de discapacidad.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	

Certificación y registro de caracterización de personas con discapacidad: Es el procedimiento de valoración clínica multidisciplinaria simultánea reglamentado por la Resolución 113 de 2020 y fundamentado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF–, que permite identificar las deficiencias corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona, cuyos resultados se expresan en la correspondiente certificación y son parte integral el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad.

El certificado de discapacidad es un documento personal e intransferible que se entrega a aquellas personas que, después de la valoración clínica multidisciplinaria, se identifiquen con algún tipo de discapacidad. Este documento es expedido por las IPS evaluadoras autorizadas por el ente territorial, que para este caso es la Secretaría Distrital de Salud

Cabe aclarar que el procedimiento de certificación es realizado por aquellas IPS que han sido previamente evaluadas y autorizadas por el ente territorial y actualmente la Sub Red Sur Occidente cuenta con una IPS avalada para tal fin.

Sin embargo, aunque el proceso de certificación no se realiza de manera exclusiva en esta Sub Red si constituye una de las puertas de entrada para la identificación y reconocimiento de la población y como facilitador del acceso a diferentes servicios intersectoriales, es por esto que desde la Ruta se realiza promoción y divulgación de dicho procedimiento, que cuenta con los siguientes pasos:

Paso 1: Auto reconocimiento y solicitud de cita para valoración

- La persona con discapacidad, familiar, tutor o representante legal, debe reconocer que existe una condición de discapacidad
- Solicitud de cita médica a su EPS por parte de la Persona con Discapacidad o su cuidador(a) para valoración clínica, emisión del diagnóstico, establecimiento de indicaciones de los ajustes razonables requeridos para la atención y solicitud de copia de la historia clínica que contenga el diagnóstico CIE10 asociado a la discapacidad.

Paso 2: Radicación de documentación solicitud de autorización para valoración

- La persona con discapacidad, su acudiente o cuidador debe presentar ante la Secretaría Distrital de Salud, la siguiente documentación para la autorización de la valoración de certificación por parte de equipo multidisciplinario
 1. Datos de contacto de la persona con discapacidad, de su cuidador: *nombre y apellidos completos *tipo y número de documento de identidad *teléfonos de contacto *correos electrónicos *Dirección de residencia (nomenclatura, barrio y localidad)
 2. Historia clínica donde se relacione el diagnóstico de discapacidad y de ser necesario apoyos (silla de ruedas, muletas, bastón etc)
 3. Copia de los exámenes médicos relacionados con la discapacidad
 4. Documento de identidad

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

5. Certificado de residencia, el cual puede obtenerse a través del siguiente link [http://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/tramites-servicios/solicitud certificado - residencia](http://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/tramites-servicios/solicitud_certificado_residencia).

Paso 3: Revisión y verificación de soportes por parte de la Secretaría Distrital de Salud

Se realiza revisión de la documentación presentada y si esta se encuentra completa se procede a emitir autorización para la valoración por equipo multidisciplinario en la IPS de preferencia del usuario dentro del listado de IPS autorizadas.

Paso 4: Solicitud de la cita médica con IPS autorizada

Paso 5: Valoración multidisciplinaria por IPS

Paso 6: Entrega de certificación

Si el proceso de valoración indica que la persona presenta una condición de discapacidad, se realiza entrega de certificado a la persona con discapacidad o cuidador y se registran datos en aplicativo de Registro de caracterización, si la persona no reúne los criterios no se realiza entrega de certificado y cuenta con 10 días hábiles para solicitar una segunda opinión ante la Secretaría Distrital de Salud.

Atención en Salud: Consiste en garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan la atención por:

REVISAR POR ASISTENCIAL

Atención por consulta externa:

- Información y orientación al usuario y su familia sobre el derecho y autonomía que tiene la Persona con Discapacidad para garantizar el derecho a la salud y la forma de acceder a los servicios por consulta externa.
- Solicitud de cita por la disciplina en salud requerida.
- Asignación de cita de disciplina requerida con atención preferencial, enfoque diferencial y disposición de ajustes razonables requeridos según la categoría de la discapacidad. Atención oportuna, adecuada, eliminando barreras, trámites y actividades administrativas que limiten la garantía del derecho a la salud.
- Orientación e información a la Persona con Discapacidad el día, la hora, el lugar, el nombre del profesional que lo va a atender disponiendo de los ajustes razonables requeridos según categoría de discapacidad.
- Orientación para el ingreso, recepción y direccionamiento al servicio de consulta.
- Reconocimiento de los apoyos y ajustes razonables requeridos para la toma de decisiones de la población con discapacidad.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

- Realización de la valoración clínica en consulta externa para atención en salud, brindando educación, información y orientación a la persona con discapacidad con ajustes razonables y salvaguardias necesarias según la categoría de la discapacidad.
- Diligenciamiento del consentimiento informado de atención a Persona con Discapacidad en consulta externa.
- Orientación e información sobre el plan de manejo a seguir, explicando la administración de medicamentos, atención por parte de otras disciplinas, signos de alarma, recomendaciones, etc, utilizando ajustes razonables según la categoría de la discapacidad.
- Consulta o confirmación de la comprensión que tiene la Persona con Discapacidad sobre la información en salud, educación, administración de medicamentos, órdenes de médicas de estudios, valoraciones posteriores, hábitos de vida saludable, signos de alarma y recomendaciones.
- Egreso del servicio con las recomendaciones respectivas, confirmando por parte del profesional de la salud que las indicaciones, orientaciones han sido comprendidas por la Persona con Discapacidad utilizando los ajustes razonables y salvaguardias requeridos para la atención.

Servicios de urgencias:

- Solicitud de atención Triage para definir prioridad de valoración por urgencias.
- Realización de priorización de atención por urgencias - valoración Triage aplicando los ajustes razonables requeridos según la categoría de la discapacidad.
- Orientación e información a la Persona con Discapacidad del procedimiento a seguir (Atención por urgencias si es Triage I, II, III), consulta prioritaria (Triage IV) o consulta externa (Triage V).
- Realización del ingreso para atención por urgencias (Triage I, II, III) con enfoque diferencial y disposición de ajustes razonables requeridos según la categoría de la discapacidad. Atención oportuna, adecuada, eliminando barreras, trámites y actividades administrativas que limiten la garantía del derecho a la salud.
- Orientación e información sobre la consulta de urgencias o procedimiento a realizar, lugar y hora tentativa en la que lo van a atender disponiendo de los ajustes razonables requeridos según categoría de discapacidad.
- Orientación para el ingreso, recepción y direccionamiento al servicio de consulta de urgencias o las de procedimientos según condición clínica.
- Reconocimiento y gestión para los apoyos y ajustes razonables requeridos para la atención por urgencias para población con discapacidad, consulta externa, servicios hospitalarios, atención por cirugía en forma accesible y oportuna.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

- Realización de valoración clínica en urgencias, brindar educación, información y orientación a la persona con discapacidad con ajustes razonables y salvaguardias necesarias según la categoría de la discapacidad.
- Diligenciamiento del consentimiento informado de atención a Persona con Discapacidad en urgencias.
- Orientación e información sobre el plan de manejo a seguir, explicación de administración de medicamentos, atención por parte de otras disciplinas, signos de alarma, recomendaciones, etc, utilizando ajustes razonables según la categoría de la discapacidad.
- Consulta o confirmación de la comprensión que tiene la Persona con Discapacidad sobre la información en salud, educación, administración de medicamentos, órdenes de médicas de estudios, valoraciones posteriores, hábitos de vida saludable, signos de alarma y recomendaciones.
- Egreso del servicio con las recomendaciones respectivas, confirmando por parte del profesional de la salud que las indicaciones, orientaciones han sido comprendidas por la Persona con Discapacidad utilizando los ajustes razonables y salvaguardias requeridos para la atención.

Acciones Colectivas en Salud Publica:

- Brindar la atención de entrada por el plan de intervenciones colectivas a todas las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores en la atención integral en salud.
- Identificar las actividades de promoción de la salud a nivel local, trabajando con los diferentes actores para asegurar el acceso e inclusión de las personas con discapacidad y sus familias. A su vez, asegurar que las personas con discapacidad y sus familias conozcan acerca de la importancia de conservar una buena salud, y motivarla para que participen activamente en las acciones de promoción de la salud, brindando apoyo institucional cuando sea necesario.
- Asegurar que las comunidades y el sector se enfoque en actividades de prevención para las personas con y sin discapacidad.

Hito 2. Aseguramiento en salud:

Corresponde al proceso de Afiliación al Sistema de Seguridad Social a través de la vinculación a una Empresa Promotora de Salud a través de la cual se recibirá la cobertura en salud. Existen tres tipos de afiliación:

- Los afiliados al régimen contributivo: Deben estar afiliados al régimen contributivo, todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales, iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente) y los pensionados.
- Los afiliados al régimen subsidiado: La población que no tiene recursos económicos y no puede aportar al sistema, es decir, aquellos que no tienen dinero suficiente para afiliarse al régimen contributivo o a un régimen excepcional.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

- Los participantes vinculados: Si no tiene capacidad de pago para afiliarse al Régimen Contributivo y mientras logra afiliarse al Régimen Subsidiado, tiene derecho a los servicios de atención en Salud en Instituciones Prestadoras de Salud, (IPS) Públicas y Privadas contratadas por la Secretaría Distrital de Salud. De este grupo hacen parte: Población pobre no asegurada que no ha sido encuestada por SISBÉN Metodología III o no ha salido el resultado. Población especial no asegurada: Población infantil abandonada o desvinculada del conflicto armado, población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes del ICBF, personas en proceso de reintegración, personas mayores en centros de protección, población Gitana, personas incluidas en el programa de protección a testigos, comunidades indígenas: Muisca de Suba, muisca de Bosa, inga, ambika- pijao y kichwa y habitantes de calle. Población extranjera sin capacidad de pago para comprar póliza de salud o pagos de servicios de salud como particular, esta población puede recibir atención de urgencias mientras legalizan su condición migratoria.

Hito 3. Atención integral en salud para la funcionalidad y la autonomía

INTERVENCIONES INDIVIDUALES

1. **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. Esta cuenta con servicios de terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia respiratoria, medicina física y rehabilitación.
 - Sobre remisión del médico tratante, solicitud de programación para valoración inicial y prescripción de dispositivos de rehabilitación para los casos que lo requieran (Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia del Lenguaje, Terapia Respiratoria, medicina física y rehabilitación)
 - Realización de valoración inicial para determinar intereses y funcionamiento.
 - Intervención / tratamiento para mejorar desempeños, independencia y autonomía sobre plan de tratamiento.
 - Asistencia a sesiones de terapia o medicina física y rehabilitación según programación.
 - Realización valoración final.

INTERVENCIONES COLECTIVAS

2. **Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC):** Conjunto de acciones relacionadas con promover el goce efectivo de los derechos en salud y participación de las personas con discapacidad, familias, cuidadoras/es y líderes, las cuales están organizadas hacia la adquisición gradual de capacidades para la autogestión, autonomía, empoderamiento en

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

prácticas de cuidado, participación en grupos organizaciones y redes protectoras y promotoras de salud e inclusión se enfatiza en lectura de necesidades y prioridades para orientar el plan de acción información canalización a rutas de atención, programas, proyectos, servicios y beneficios y seguimiento al plan de acción. Se desarrolla mediante:

Visita domiciliaria a familias con personas con discapacidad: Acciones colectivas en el entorno hogar mediante visita domiciliaria dirigida a vincular la familia a la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad con el fin de fortalecer su autonomía, el funcionamiento de la Persona con Discapacidad, capacidad en autogestión y su empoderamiento ciudadano. Contempla: informar y educar en salud y prácticas de cuidado (autocuidado, cuidado mutuo y socio cuidado y el cuidado del entorno) a la Persona con Discapacidad y cuidadora; indicar cómo reorganizar roles, hábitos y rutinas que fomenten la convivencia; orientar y canalizar a programas y servicios de salud, rehabilitación y sociales; propiciar que la familia transforme actitudes, comportamientos e imaginarios frente a la Persona con Discapacidad, especialmente si presenta trastorno mental y afectaciones psicosociales; toma de conciencia y conocimiento sobre discapacidad y procesos de inclusión y educar sobre cómo satisfacer las necesidades de autonomía en actividades de la vida diaria.

Promoción salud y cuidado de las cuidadoras/es. Dirigida a empoderar en prácticas de cuidado y autogestión con énfasis en autocuidado gestor de su propia salud, y bienestar, manejo del estrés, tiempo libre, y esparcimiento, vínculos afectivos- sociales, conservación de energía, supervisión profesional, Socio cuidado, cooperación entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, soporte físico, social afectivo y solidario, redes protectoras y de apoyo, Cuidado mutuo, cuidado del otro, protección o mantenimiento de la salud y el bienestar, proceso de la vida cotidiana, cuidado del entorno, educación en buenas prácticas con el ambiente. Resignificar relación sujeto entorno, Adaptaciones y apoyos para la autonomía.

Desarrollo de capacidades humanas y la corporalidad para la salud integral de población con discapacidad, componentes de la salud integral y el desempeño autónomo en la vida cotidiana, unos de los pilares de la inclusión. Se fundamenta en el enfoque de las capacidades humanas (Martha Nussbaum,2006) desde la perspectiva de desarrollo humano e inclusión que surge en la medida que las personas adquieren capacidades básicas humanas, son 10 capacidades: la vida, salud física, control sobre el propio entorno, la filiación, capacidad para jugar, los sentidos, imaginación y pensamiento, emociones, razón crítica, cuidado de las especies y salud corporal y física; las cuales se trabajaran a partir de técnicas centradas en la expresión corporal, musicoterapia y el arte, entre otras.

Articulación con los dispositivos de ayuda en las localidades de la red sur occidente con articulación de las alcaldías locales

Hiato 4. Activación de redes de apoyo para el ejercicio pleno de los derechos.

Posterior o de manera simultánea al accionar que se desarrolla a través de toda la ruta, se realizan acciones de gobernanza en salud que consiste en el proceso de interacción entre la gestión sectorial, intersectorial, comunitaria y sus diferentes actores estratégicos, direccionada

en las instancias y espacios de coordinación y decisión local, favoreciendo el posicionamiento de la política de discapacidad para el distrito y otras acciones prioritarias del sector, permitiendo la intervención

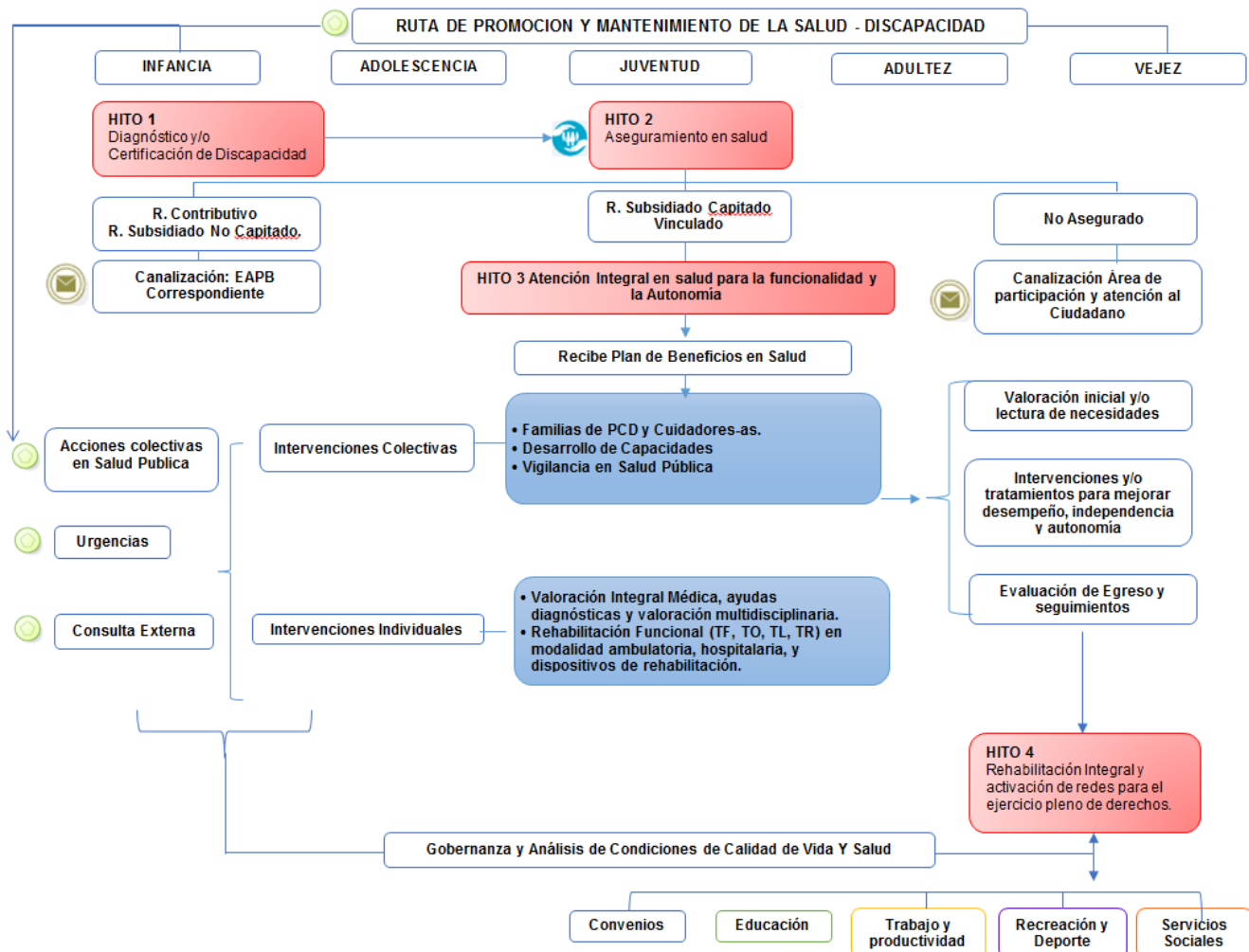
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

de las situaciones y condiciones para favorecer el mejoramiento de la calidad de vida de la población con discapacidad, sus familias y cuidadores.

Este componente se basa en los resultados del análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, así como en los antecedentes de los procesos sectoriales, intersectoriales y comunitarios, para contribuir con el empoderamiento, reconocimiento y activación de respuestas a las necesidades de la población con discapacidad en los temas prioritarios en salud, establecidos en las agendas estratégicas distrital y local, y de esta forma se realiza la activación de rutas de manera intersectorial en pro de la inclusión social y goce efectivo de los derechos de la población con discapacidad.

7.1 DIAGRAMA DE LA RIA

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	01/02/2021	
			Código:	06-01-OD-0016	



8. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PROGRAMA - HITOS

Se describen y caracterizan los indicadores que podrán ser de estructura, proceso y resultado, que se hayan contemplado para la medición de los hitos y de los resultados en salud esperados para el grupo poblacional abordado por la RIAS.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01/02/2021	
		Código:	06-01-OD-0016	

HITOS	INDICADOR
Hito 1. Diagnóstico y certificación de la discapacidad.	Número de Personas con discapacidad (PCD) que ingresan a la subred suroccidente/ número de personas con discapacidad incluidas en el Registro de caracterización y localización de PCD capitadas con la subred
Hito 2. Aseguramiento en salud	Número total de canalizaciones/Total de usuarios con discapacidad identificados con otras EAPB
Hito 3. Atención integral en salud para su funcionalidad y autonomía	Número de personas con discapacidad con atención integral en salud (colectiva+Individual) / número de personas con discapacidad incluidas en el Registro de caracterización y localización de PCD
Hito 4. Activación de redes de apoyo para el ejercicio pleno de los derechos.	Número de usuarios con discapacidad direccionados a otros sectores/Número total de usuarios con discapacidad con necesidades identificadas y canalizados a otros sectores.

9. BIBLIOGRAFIA

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=ruTA%20DE%20>

MANTENIMIENTO&scope=Todos

Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta; 2011.

Alcaldía mayor de Bogotá D.C. DECRETO 470 DE 2007 - Política Pública Distrital de Discapacidad. Bogotá; 2007.

Secretaría Distrital de Salud. Documento tecnico preliminar Ruta para la Atención Intersectorial de la Población con Discapacidad d.c